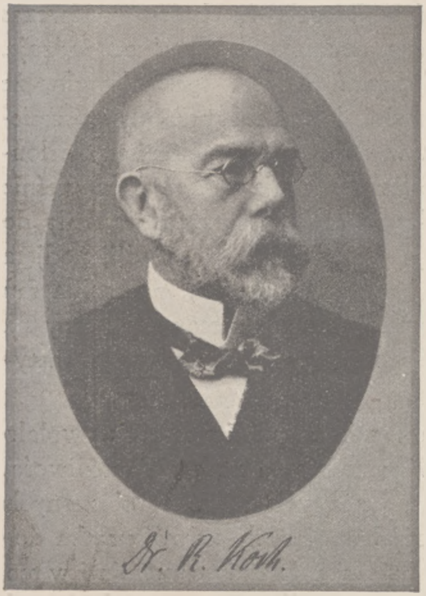
WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK MAJ—CZERWIEC

ROK IV 1932 NUMER 3

ROBERT KOCH.

W 50-tą rocznicę odkrycia lasecznika gruźlicy dn. 24.III.1882 r.



Odkrycie lasecznika gruźlicy, o którem *Robert Koch* zdawał sprawę na posiedzeniu berlińskiego Towarzystwa Fizjologicznego w dniu 24 marca 1882 roku, ugruntowało jego sławę światową. Począwszy od badań *Cohnheima i Salomonsena* nad doświadczalną gruźlicą tęczówki królika powziął *Koch* niewzruszoną pewność, że przyczyną gruźlicy, występującej pod tak wieloma postaciami, jest swoista i jednolita substancja zakaźna. Jednakże kwestja rodzaju tej substancji była i dla niego jeszcze tajemnicą. Tę okoliczność należy sobie uprzytomnić, ażeby ocenić doniosłość odkrycia przez *Roberta Kocha* prątka gruźlicy i wyjaśnienia temsamem etjologji gruźlicy.

Robert Koch przyszedł na świat w Claustalu dnia 11 grudnia 1843 roku. Jako 7-letni chłopiec został oddany do miejscowego gimnazjum, po ukończeniu którego wyjechał na studja do Getyngi (1862), gdzie zapisał się początkowo na matematykę i nauki przyrodnicze. Po 2 latach przeszedł jednakże na medycynę i w roku 1866 złożył egzamin państwowy. Przez kilka miesięcy potem pracował jako asystent szpitala powszechnego w Hamburgu a następnych kilka miesięcy był lekarzem zakładowym w Langenhagen koło Hanoweru, gdzie miał jednocześnie skromną praktykę prowincjonalną. Następnie wykonywał praktykę prywatną w brandenburskiem miasteczku Niemegk, a od roku 1869 w Rakoniewicach w Poznańskiem. W r. 1872 objął stanowisko lekarza powiatowego w Wolsztynie.

Mimo nawału zajęć lekarskich *Koch* w tych latach znajdował jednak czas na badania nad drobnoustrojami. Przeprowadzał mianowicie wtedy badania nad wąglikiem. Przez przeszczepianie krwi chorych potrafił wywołać śmiertelnie przebiegającą chorobę wąglika u myszy, a przeszczepiając następnie z myszy na mysz utrzymywał chorobę przez czas dowolnie długi i wykazywał zawsze w śledzionie chorych myszy po zejściu wielką ilość pałeczek, znanych wprawdzie już od roku 1849, lecz których znaczenia nie umiano sobie dotąd wytłumaczyć. Skoro później przeniósł niewielkie ilości śledziony, zawierającej bakterje, do kropli surowicy z krwi wołowej albo z Humor aqueus z oka wołu i kroplę tę obserwował pod mikroskopem, wówczas spostrzegał, że zawarte w płynie laseczki po paru godzinach wydłużają się i zapełniają kroplę misterną plecionką. Nitki przybierały postać ziarnistą, a w nich tworzyły się w regularnych odstępach czasu ciałka, w których światło silnie się załamywało, a które po rozpadnięciu niteczek wyzwalały się. Odkrycie swoje zademonstrował w r. 1878 *Ferdynandowi Cohnowi* w Wrocławiu, który podówczas występował za koniecznością systematycznego podziału bakteryj na rodzaje. Głębokie wrażenie, jakie wywarły wyniki badań *Kocha*, spowodowało, że mianowano go lekarzem miejskim w Wrocławiu, dokąd się w r. 1879 przesiedlił. W roku 1880 otrzymał tytuł radcy, a w 1881 został mianowany członkiem Państwowego Urzędu Zdrowia w Berlinie. Tutaj wykrył jednocześnie z *Eberthem* bakcyla tyfusu, a prace jego z lat 1881 — 1882 doprowadziły do wyjaśnienia patogenezy gruźlicy. Ekspedycja jego do Egiptu i Indji, podjęta z polecenia rządu w celu przeprowadzenia badań nad cholerą, pozwoliła mu wyjaśnić także etjologję tej choroby. W r. 1885 został profesorem higjeny na wydziale medycznym uniwersytetu berlińskiego i dyrektorem nowego Instytutu Higjeny.

Największą sensację w świecie lekarskim i wśród publiczności wywołało oczywiście odkrycie prątka gruźliczego i związana z tem nadzieja możliwości leczenia gruźlicy. Wkrótce po dokonaniu tego odkrycia *Koch* w obszernych doświadczeniach usiłował zapomocą substancyj hamujących rozwój prątka doprowadzić do powstrzymania jego rozwoju także w zakażonym ustroju i w ten sposób doprowadzić do wyleczenia. W roku 1885 podjął się tego zadania, od rozwiązania którego obiecywał sobie bardzo wiele. Podstawowem było spostrzeżenie *Kocha*, że gruźlicze świnki morskie reagują w sposób odmienny od zdrowych na szczepienie żywemi jak i martwemi prątkami gruźliczemi. *Koch* poznał odrazu ważność tego odkrycia i w toku dalszej pracy doszedł do przekonania, że w prątkach gruźliczych musi znajdować się substancja rozpuszczalna, w której znajduje się nietylko znakomity rozpoznawczy środek pomocniczy, ale także specyfik dla leczenia gruźlicy.

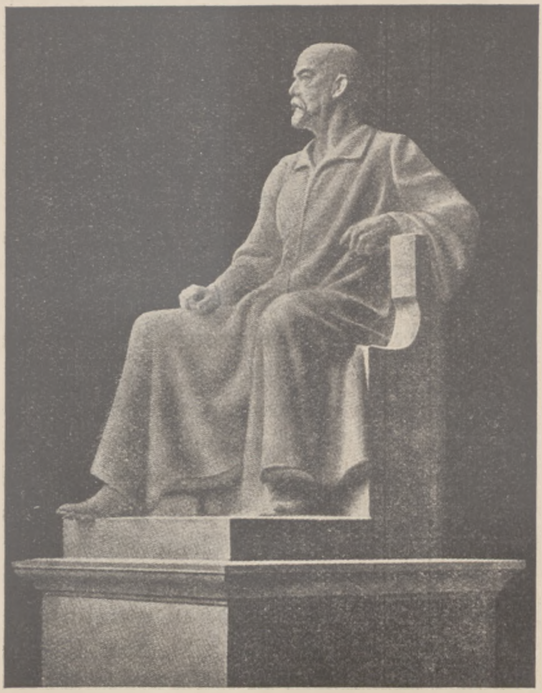
Kiedy w roku 1890 oddał lekarzom do zbadania swoją tuberkulinę — ekstrakt glicerynowy z czystych hodowli prątków gruźliczych — entuzjazm nie miał granic; lekarze i chorzy zjeżdżali z całego świata do Berlina i *Roberta*

Kocha czczono jako największego dobroczyńcę ludzkości. Po burzy zachwytu nastąpił jednak wkrótce nagły zwrot, gdyż nadzieje pokładane w tuberkulinie jako środku leczniczym, zawiodły, lecz dla diagnostyki specyficznej linje wytyczne Kocha pozostały dotąd miarodajne.

Gdy w r. 1892 wybuchła w Hamburgu cholera i poczęła czynić spustoszenia i zagrażać przez lata całe Europie zachodniej, poświęcono cały Instytut *Roberta Kocha* służbie do walki z cholerą. Jeśli dzisiaj możemy z całym spokojem myśleć o możliwości zawleczenia cholery do Europy, w przekonaniu, że niebezpieczeństwo zostanie wporę zwalczone, to jest to zasługą *Kocha.*

W r. 1896 studjował *Koch* na terenie Kłajpedy trąd i za jego wstawiennictwem urządzono tam leprozorjum, poświęcone w r. 1899. W tym samym czasie stworzył w Berlinie Instytut dla badań wścieklizny, w którym pracowano w myśl odkryć Pasteura. W latach 1896—1898 przedsięwziął na prośbę rządu angielskiego podróż do Indji i Afryki wschodniej w celu zwalczania księgosuszu. Osiągnął tu piękne wyniki terapeutyczne przez szczepienie równoczesne żółci i krwi zwierząt chorych na pomór. W r. 1905 otrzymał nagrodę Nobla.

W ostatniem 15-leciu swego życia poświęcił się *Koch* prawie wyłącznie obok dalszych badań nad gruźlicą, pracy nad zwalczaniem chorób podzwrotnikowych. Prace te skłoniły go do wielokrotnie powtarzanych podróży do Włoch, Indyj brytyjskich i holenderskich, do Nowej Gwinei i do różnych okolic



Afryki. Ostatnią swą wielką ekspedycję naukową poświęcił zbadaniu śpiączki afrykańskiej. Doświadczenia jego, poczynione w krajach podzwrotnikowych zebrane są w pracach o malarji, żółtej febrze, świdrowcach zwierzęcych, piroplazmozie, trądzie, śpiączce afrykańskiej, księgosuszu. W r. 1908 ukończył swą ekspedycję, powrócił do Berlina i zajął się znów zagadnieniem gruźlicy. W ostatnim swoim wykładzie 7 kwietnia 1910 r. omawiał epidemjologję gruźlicy. W dwa dni potem uległ silnemu napadowi dusznicy bolesnej, na którą cierpiał już od marca tegoż roku. Wyjechawszy na kurację do Baden-Baden zmarł nagle w dniu 27 maja 1910 r.

Dr. W. ROSENKRANZ, Łuck.

ZABURZENIA PSYCHICZNE U KOBIET W OKRESACH GENERACYJNYCH I ICH ZNACZENIE SĄDOWO-LEKARSKIE.

Zamiast motta:

Z kroniki wypadków: 1) W domu Niska 33 z okna 3-go piętra wyskoczyła na bruk podwórza 21-letnia S. W., zamieszkała Miła 21. Lekarz pogotowia, stwierdziwszy złamanie podudzia i ogólne potłuczenie, przewiózł nieszczęśliwą do szpitala na Czystem, gdzie amputowano jej obie nogi. Zapytana o powód targnięcia się na życie W. wyjaśniła, że doprowadzona była do ostatniej rozpaczy. Mąż jej poszedł do wojska, sama jest w nędzy i nie ma środków na utrzymanie. *Istotnym i głównym powodem samobójstwa było niemowlę, które powiła przed kilku tygodniami i które ciągle płakało,* czego *znieść nie mogła.* Stan jej zdrowia jest bardzo ciężki.

2) We wtorek o godz. 8-ej rano popełniła samobójstwo w jednej z alej parku Paderewskiego 28-letnia Ł. R., zamieszkała przy mężu, na ul. Targowej 96. Denatka wypiła większą dozę esencji octowej. W stanie ciężkim przewieziono ją do szpitala Dz. Jezus. W środę popołudniu R. zmarła. Jak się dowiadujemy, tragicznie zmarła niedawno temu *odbyła poród. Od tego czasu popadła w silną depresję duchową, zdradzając objawy manji prześladowczej.* I to nieszczęśliwą kobietę pchnęło do samobójstwa. Zmarła osierociła dwoje dzieci. Pogrzeb odbędzie się dziś.

3) W jednym z wytwornych magazynów schwytano wczoraj na gorącym uczynku kradzieży pewną panią L. S., należącą do sfer wyższych, znaną na bruku warszawskim. Wobec pokrycia straty i wyjaśnień rodziny, że sprawczyni cierpi na kleptomanję, poszkodowany odstąpił od ścigania.

4) W domu Twarda 17 w nieobecności domowników zabiła kilkoma uderzeniami siekiery, żona urzędnika prywatnego N. St. swe kilkutygodniowe dziecko. Nadbiegli domownicy i sąsiedzi zastali wymienioną w stanie silnego podniecenia. Zabójczynię umieszczono w zakładzie dla umysłowo-chorych; *zdradzała ona silne objawy melancholji od czasu urodzenia dziecka.*

Kobieta jest zjawiskiem przebogatem, złożonem. Na to bogactwo złożyły się finezja przyrody i prastara tradycja powołania kobiety — utrzymanie rodu ludzkiego. To jej zadanie wplata się w całokształt jej życia i snuje się przez nie jak czerwona nić, nakładając na nią ciężkie obowiązki fizyczne i duchowe. Nadmierne przeciążenie lub niepodołanie tym obowiązkom ujawnia się w formie zaburzeń psychicznych w okresach generacyjnych (rozrodczych), t. j. mających wspólność z celem rozrodczym, jak w czasie menstruacji, pokwitania, porodu, połogu, karmienia, przekwitania i ciąży. Od niepamiętnych czasów zauważono nadmierną pobudliwość, zmiany nastroju, nerwice, a nawet i zaburzenia umysłu w tych okresach. Stosownie do ówczesnych poglądów odnoszono te zaburzenia nerwowe i psychiczne do organicznych zmian w mózgu, dopiero potężny rozwój nauki psychoanalitycznej pozwolił głębiej wejrzeć w te zjawiska. Wybuch i jakość zaburzeń nerwowych i psychicznych stoi w ścisłym związku z indywidualnym charakterem danej jednostki, z jej przeszłością, otoczeniem, wrażliwością konstytucjonalną — jednem słowem jej specyficznem „ja". Nie da się przy tem zaprzeczyć wzajemny stosunek zmian nastrojowych i organicznych. Ponieważ przyjdzie nam częściej omawiać zjawiska nerwic i psychoz, musimy się nad niemi zatrzymać i to tyle tylko, by móc je lepiej zrozumieć. Zaburzenia nerwowe powstają najczęściej na podłożu anomalji afektów. Niema ostrych granic między przeżyciem duchowem jednostki zdrowej, a ujawniającem się w postaci zaburzeń, przeżyciem jednostki nadmiernie pobudliwej. Granica jest płynna. Każdy człowiek jest potencjonalnie nerwowy, zaś życie dookoła niego, zdarzenia i ludzie grają rolę lontu. Są formy i stany nerwowe, które są potrzebne danej jednostce, umożliwiają jej większe wyczyny osobiste, uwypuklające jej indywidualność (Beethoven, Balzac, Nietsche i inni), są nawet koniecznym rekwizytem jej genjalności. Momenty fizyczne i duchowe nawzajem się uzupełniają i częstokroć stoją w stosunku przyczynowym między sobą. Np. otoczenie, warunki życiowe, niedospanie, zmęczenie fizyczne wywołują zaburzenia nerwowe, naodwrót zaś obawa, lęk dają sensacje naczyniowo-ruchowe, zaburzenia wydzielnicze przewodu pokarmowego. Widocznem to jest np. w chorobie Basedowa. Momenty cielesne mogą przeobrazić nawet charakter człowieka, jak tego dowodzi wypadek, niedawno opisany w prasie lekarskiej (Med. Kl. 1930). Młody człowiek o typie dandysa, używający życia aż nadto, przejął się po wypadku, z którego wyszedł kulawym, głęboką religijnością, stał się poważnym pracownikiem społecznym i zajął się pracą misyjną. Podłoże i otoczenie stają się aż nadto często przyczyną zaburzeń nerwowych; ze stuprocentowem prawdopodobieństwem można np. przewidzieć, że córka, która widzi swą matkę leżącą z migreną, kompresami, mnóstwem lekarstw przy każdym perjodzie, — będzie napewno cierpieć na dysmenorrhoe. Ze względu na skłonność do zaburzeń nerwowych rozróżniamy 2 typy konstytucjonalne — typ cykloidny i schizoidny. Pierwszy typ to ludzie towarzyscy, pogodni, zrównoważeni, żyjący przeważnie w zgodzie z ota-

czającym ich światem—drugi typ, to ludzie skupieni w sobie, mało udzielający się otoczeniu, mizantropi, sangwinicy. Są też oczywista i typy mieszane. Pierwszy typ daje dość duży odsetek w zaburzeniach manjakalno-depresyjnych, drugi w schizofrenji. By zorjentować się w późniejszem rozumowaniu musimy naszkicować możliwie jak najkrócej i wyraźniej zrąb nauki psychoanalitycznej, ugruntowanej przez *Freuda.* Pierwsza obserwacja wspólna *Breiera* i *Freuda* tyczyła pewnej dziewczyny z objawami ciężkiej histerji, porażeń, apatji, wodowstrętu i t. d. Po wypowiedzeniu się w pewnych momentach, częściowo pod wpływem hipnozy, z dawno przeżytych, leżących głęboko w podświadomości przeżyć, ustępowały objawy jeden za drugim. Miało się wrażenie, że uświadomienie, wydobycie na wierzch zapomnianych, raczej stłumionych, w podświadomości tkwiących impulsów, wrażeń — powtórne ich przeżycie, jakby wyzwolenie, oczyszczenie *katarsis,* usuwało chorobliwe objawy cielesne. To podświadome stłumienie tych wrażeń i przeżyć tłumaczyło powstanie zaburzeń nerwowych, nie tłumaczyło zaś ich trwania. Na ich trwanie wpłynęło specyficzne, indywidualne nastawienie jednostki, zwłaszcza rozwój jej w czasach dzieciństwa. Wedle Freuda potrzebne są 3 momenty na powstanie nerwicy i tak: podłoże dziedziczne, następnie niewyzwolony, podświadomy, duchowy konflikt z czasów dzieciństwa i aktualny impuls, który mobilizuje ten konflikt. Konflikt podświadomy wypływa z nie-zadośćuczynienia pierwotnym popędom, a tych rozróżniamy dwa — pierwszy to pierwotny popęd życia — erotyczny, a drugi to popęd destrukcyjny — śmierci. Życie jest walką między popędem płciowego zadowolenia — życiem, a popędem unicestwiającym. Popęd płciowy bywa stłumiony pod wpływem otoczenia, wychowania, morałów i t. d. Ostatecznie dziecko wytwarza sobie samo najwyższą instancję moralną, własne „ponad ja“, bardziej srogą i wymagającą od własnych rodziców i otoczenia. Wytworzenie sobie takiej instancji doprowadza do zapomnienia swych popędów, do zapomnienia całego okresu dzieciństwa. Gdy to nie udaje się tej wysokiej instancji, zostaje ono stłumione w podświadomość i czeka wyzwolenia. Ono może przyjść po długich latach i wykoszlawić się w objaw cielesny, w nerwicę — jako skutek konfliktu swego „ponad ja“ z pierwotnym popędem. Nie wchodzę w dokładne szczegóły najwcześniejszego okresu dzieciństwa o przejaskrawionej przez Freuda erotyce, podkreślić chciałbym ogólnie znane zjawiska późniejszego dzieciństwa. Chodzi o stosunek dziecka do swoich rodziców. W pierwszych latach jest matka wspólnym objektem miłości, później powstaje życzenie stania się partnerem rodzica przeciwnej płci i usunięcia konkurenta, co jest połączone z uczuciem zazdrości, a nawet życzenia śmierci. Powstaje t. zw. kompleks Edypa (legenda grecka: Edyp wbrew przestrodze bogów, by nie pozostawał w domu ojcowskim — wraca tam, zabija ojca i poślubia matkę). Dziecko uwielbia również drugiego rodzica, odczuwa głęboko wytwarzający się konflikt duszy, ma głębokie poczucie winy. Odzwierciadla się to w snach, wypowiedzeniach „Tatuś

będzie moim mężem, nie gniewasz się mamusiu?“ (obserwacja własna). Z tego kotła przeżyć, konfliktów, stłumień w wieku dziecięcym krystalizuje się charakter, indywidualność człowieka dojrzałego, jego sposób odczuwania, myślenia, działania. Tu widać jak prawdziwem jest, w świetle tej teorji, powiedzenie wyrzeczone na długie lata przed Freudem przez Stillgebaura w Götz Krafft: „Das Kind ist des Mannes Vater“. W tych konfliktach dzieciństwa należy szukać najczęstszej przyczyny późniejszych nerwic. Neurotyk wytwarza sobie swoją chorobą dogodne sytuacje, naprawia swem cierpieniem podświadomą choćby winę. Choroba, nerwica, staje się dla niego wyjściem z ciężkiej sytuacji. *Nerwica jest podświadomie celową.* Leczenie nerwic sposobem psychoanalitycznym polega na wyzwalaniu podświadomych starych konfliktów.

Praca jest wspólna i lekarza i pacjenta. Stosunek pacjenta do lekarza musi polegać na bezwzględnem zaufaniu. Pacjent obowiązuje się nie kierować swych myśli w jednym kierunku, a wypowiadać swobodnie wszystko, co mu przyjdzie na myśl. W ten sposób wypływają na powierzchnię zapomniane przeżycia, konflikty, często pod ukrytą formą symbolów we snach, rzeczą zaś lekarza analityka jest je odpowiednio kierować, by pacjent sam je sobie uświadamiał. Ciężkie zaburzenia nerwowe, psychozy, różnią się od nerwic brakiem zupełnego kontaktu ze światem otaczającym. Nowoczesna psychjatrja omawiając psychozy, czyni to wszechstronnie, biorąc pod uwagę etjologję (exogenna, somatogenna i autochtonna degeneracyjna), przebieg, dziedziczność, konstytucję, budowę ciała — tłumaczy różnorodność form różnorodnością konstytucji.

Po tej krótkiej dygresji przejdziemy do właściwego tematu. Dziecko w okresie od 6-ciu lat do pokwitania rozwija się spokojnie, dopiero później, w okresie dojrzewania płciowego, następuje nowa, potężna burza przeobrażeń. Dzięki gruczołom o wewnętrznem wydzielaniu, zwłaszcza płciowym, i tarczycy (po zaniku grasicy), następuje silny rozwój fizyczny, nagromadzenie tkanki tłuszczowej, wytworzenie się drugorzędnych cech płciowych. Pod względem duchowym następuje przejściowe rozprężenie, następuje uspokojenie. Symboliczne zwyczaje ludowe oznaczają ten okres jako powtórne narodzenie. Dziecko stoi na rozstaju — chciałoby pozostać w wygodnej, dziecięcej sytuacji dotychczasowej, to samo życzą sobie niekiedy rodzice, zwłaszcza matka, niekiedy wprost przeciwnie forsują tę metamorfozę w myśl rodzicielskiej ambicji. To rozdarcie wewnętrzne, ten konflikt zewnętrznych wpływów i własnych tendencyj odbija się na stanie duchowym dziecka i staje się źródłem różnych ambiwalencyj. Mieszają się kalejdoskopowo miłość i nienawiść, pycha i brak wiary w siebie, poświęcenie i egoizm, melancholja i zbytek wesołości. Okres ten, kiedy dziewczyna — nawpół kobieta, zaczyna brać większy udział w życiu, jest okresem zastanawiania się nad sobą, nad stosunkiem do świata, okresem najgłębszych czasem rozmyślań nad swojem ja. Ciekawość, ciągłe pytania, przypominają okres dzieciństwa, a skierowanie swego zainteresowania, swych myśli w najistotniejszą głąb swej jaźni, pielęgnowanie swych rozmyślań i fan-

tazyj wytwarza tę nadmierną uczuciowość i wrażliwość, zdolną do wszelakich czynów, zdolną jak urodzajna gleba przyjąć każdą myśl, zwłaszcza altruistyczną. „Dojrzewanie (mówi *Prauger)* to świat złożony z bawiących się fantazyj, z poczynającej powagi, świat złożony z marzeń, które chciwie wkraczają w świat rzeczywistości". Do tegoż okresu odnoszą się piękne słowa Bubera „Die Jugend — ewige Glückschance der Menschheit". Objektem marzeń dojrzewającego dziewczęcia i to często na jawie, jest własna osoba. Przeżywa ono miłość, bogactwo, hołdy, przygody, niekiedy tak prawdziwie, że zapominając o rzeczywistości wypowiada głośno swe myśli, przyjmuje pozy, ruchy i t. p. Ponieważ treść tych marzeń jest erotyczna, kończy się niekiedy aktem onanistycznym. Treść tych marzeń jest typowa; mieszają się tu myśli o roli księżniczki i prostytutki, o zgwałceniu, o dzieworództwie i o ascezie klasztornej. Myśli o gwałcie wywołują niekiedy pierwszą nerwicę generacyjną w formie obaw przed złodziejami, przed pozostawaniem w mieszkaniu, kłamstw histerycznych, oskarżeń urojonych (lekarze!). Pod wpływem większych nakazów następuje stłumienie tych afektów — dlatego tak mało wiemy o tym okresie. Gdy ta własna, wysoka instancja „ponad ja" nie zwycięży tego wulkanu, następuje rozdarcie — wykolejenie w formie ciężkich nieraz nerwic. Ustosunkowanie się do rodziców, do świata może się stać negatywnem, może przyjąć charakter nietylko ostrego protestu, ale i nienawiści. Popęd płciowy przeniesiony na objekt poza sobą może przyjąć charakter silnej zmysłowości lub platoniczny, a pod wpływem stłumienia go zamienić się w nadmierną pruderję, co też się często staje. Możnaby to uważać za naturalną obronę wybujałej zmysłowości. W innych wypadkach może doprowadzić do lubowania się w cyniźmie i nawet do nierządu. Są to wypadki wpadnięcia w sidła nierządu, przy negatywnej pod każdym względem przeszłości dziedzicznej. Potężne impulsy duchowe i cielesne w tym okresie rozwoju, powodują niekiedy szereg zmian charakteru, odbiegających od przeciętnych norm moralności. Równowaga duchowa dziewcząt, zwłaszcza tych, których miłość nie jest zaspokojona przez otoczenie, bywa zaburzona, a stąd już krok do psychopatji. Powstaje wtedy skłonność do czynów karygodnych, do kradzieży, do podpalań, do wałęsania się, a u dziewcząt poza domem rodzicielskim, w pensjonatach, chorobliwa tęsknota za domem i chęć wydostania się z zakładu, doprowadzająca do podpalań, do nieuzasadnionych zabójstw i samobójstwa. Przy niesłychanie czułej wrażliwości w tym okresie, mogą najmniejsze pobudki mobilizować podświadome przeżycia i wywołać zaburzenia czysto psychiczne lub symboliczne cielesne. Zaburzenia psychiczne mogą przyjąć charakter zaburzeń manjakalno-depresyjnych lub schizofrenji. Dla całości tematu, przedstawię pokrótce obraz kliniczny tych chorób. Mogą być zaburzenia minimalne, uchodzące uwagi otoczenia, trwające kilka dni, często powtarzające się — czasem trwające latami. Wszystkie mają tendencję do zupełnego wyzdrowienia. Są formy czysto manjakalne, czysto melancholijne i mieszane, przyczem jedna forma może przejść w drugą. Przy czy-



stych formach manjakalnych chorzy są podnieceni, weseli, pełni optymizmu. Mają głowę pełną pomysłów, są energiczni, każda praca, każde zadanie staje się dla nich łatwem, wszystko ich interesuje. Mówią szybko, z przejęciem, bogatą mimiką, myśli gonią jedna za drugą — słowa pełne onomatopei i rytmu. Wydają dużo pieniędzy, lubują się w cyniźmie, a wzmożony nadmiernie popęd płciowy rzuca je w objęcia pierwszego napotkanego mężczyzny. Sen ich niespokojny, ciśnienie krwi znacznie obniżone. Podniecenie ich może przyjąć formę napadów szału. Lekkie formy wymienionych zaburzeń, uchodzące niekiedy uwadze otoczenia, nazwano cyclotymją. Może ona mieć fazę manjakalną lub melancholijną. Przy formie melancholijnej stwierdza się opóźnienie procesów myślowych, nieporadność towarzyską, monotonność mowy, niechęć i niezdolność do pracy, trudność skupienia się. Myśli zwątpienia o sobie doprowadzają niekiedy do samobójstwa. Manjakalna zaś faza cyclotymji daje nam wizerunek ludzi pełnych dowcipu, towarzyskich, energicznych. U nich występuje potężny przypływ idej, energji i chęci do pracy. Szereg artystów, poetów i uczonych zawdzięcza swą nadmierną twórczość tej właśnie cyclotymji. Są to ludzie delikatni, uczuciowi. Powyżej opisane formy zaburzeń powstają w wieku młodym, najczęściej w wieku pokwitania i to przeważnie u płci żeńskiej. Niekiedy są one początkiem schizofrenji, o czem trzeba pamiętać przy rozpoznaniu i rokowaniu. Przyczyn tych zaburzeń jedni szukają w zaburzeniach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, drudzy, przez analogję ze zjawiskami postencefalitycznemi, w zmianach mózgowych, niekiedy je uważają za skutek zmian organicznych i czynnościowych, czyli za formę mieszaną. Ustąpienie objawów przemawia raczej za zmianami czynnościowemi. Najlepszy sposób leczenia, to długotrwałe oszołomienie środkami nasennemi (Luminal-Natrium parenteralnie), a później roborantia (Tonophosphan), fizyko- i psychoterapja; zwłaszcza przy formie manjakalnej może wytworzyć się szczery stosunek zaufania pacjenta do lekarza. Druga faza zaburzeń, manjakalno-depresyjnych t. j. właściwa depresyjna, to płynne przejście do pewnej skłonności chorobliwego reagowania na przeżycia, aż do ciężkiej depresji — do melancholji. Melancholja ta, podobnie jak później omawiana melancholja przekwitania, ma dobre rokowanie, mimo długiego niekiedy jej trwania. Chorzy o słabej mimice, o osłabionem napięciu mięśniowem, skarżą się na ból głowy, ucisk czaszki, brak apetytu, szum w uszach, zaparcie i t. p. Zaburzenia przewodu pokarmowego mogą być pierwszym i dominującym objawem, tak, że trudno wtedy o dobrą diagnozę. W najlepszym wypadku rozpoznaje się „nerwicę żołądka", a późniejszy obraz kliniczny wyjaśnia sytuację. Osobnik taki staje się smutny, smutek jego nie poddaje się wpływom zewnętrznym, unika towarzystwa, niezdolny do żadnej pracy, robi sobie z tego powodu wyrzuty, czuje się winnym, niekiedy sądzi, że tylko śmierć może go ocalić od tej winy. Szuka tej śmierci i nie zapomina przytem o „jakiejś biednej ofierze", która wedle jego zdania, też tak cierpi. (Niedawno jedna kobieta zarąbała dosłownie 6-letnie

dziecko sąsiada przed popełnieniem samobójstwa). Zaniedbuje się pod każdym względem, nie przyjmuje jedzenia, waga ciała jest dobrym wskaźnikiem nasilenia choroby, leży czasem bezwładnie, jakby w stanie zamroczenia, a czasem biegnie zrozpaczony i żali się głośno. Stan tych chorych gorszy w godzinach rannych i południowych, poprawia się pod wieczór. Chociaż pojawienie się tej choroby w okresach generacyjnych wskazuje na silną łączność z gruczołami o wewnętrznem wydzielaniu, to jednak nie da się tu zaprzeczyć wpływ podłoża dziedzicznego. Leczenie tych stanów wymaga trwałego odurzania, strzeżenia, psychoterapji i opoterapji. [Preparaty jajnikowe i przysadkowe (Prolan)].

Druga postać ciężkich zaburzeń psychicznych, powstających w tym okresie, to schizofrenja. Jej cechą jest rozdarcie swego ja, charakterystyczne zmiany myślenia, uczucia i ustosunkowania się do świata zewnętrznego. Choroba ta zaczyna się czasem ostro, czasem powoli, doprowadza do psychicznej niemocy, może każdej chwili zatrzymać się, dać długotrwałe remisje, prawie, że wyleczenia. *Bleuler* wyosobnił i opisał charakterystyczne cechy tego schorzenia jak autismus i ambiwalencję. Autismus jest to skłonność skupienia się w samym sobie, zerwanie i nie zwracanie uwagi na świat zewnętrzny, do otoczenia się jakby skorupą przed światem zewnętrznym. Ambiwalencja jest to dwoistość uczuć i reakcyj. Człowiek zdrowy staje często przed takim dylematem, ale jedno uczucie, czy sposób reakcji bierze górę, przychodzi do wyrównania. Schizofrenik nie łączy i nie uzgadnia tych przesłanek, on kocha i nienawidzi równocześnie, on chce jeść i nie chce jeść, on jest królem, a równocześnie zamiata podłogę. Autismus pozwala im przejść mimo zjawisk zewnętrznych, ich afekty nie odpowiadają sytuacji zewnętrznej, śmieją się i zalewają się łzami, śmieją się z nieszczęść; mamy tu objaw niezgodności świata uczuć ze światem zjawisk. *Stransky* nazwał słusznie ten objaw „intrapsychiczną ataksją“ lub „intrapsychiczną inkoordynacją“. Obraz kliniczny schizofrencji jest urozmaicony — wyszczególnić się dadzą tu 3 typy: hebefrenja, katatonja i dementia paranoides. Czyste obrazy kliniczne są rzadkie, granice się zacierają, jedna forma przechodzi w drugą. Najczęstsza forma to hebefrenja, powstająca w wieku młodym, w okresie pokwitania. Zaczyna się niepostrzeżenie zmianą ustosunkowania się do otoczenia, zwłaszcza do rodziców (przypominam, że i u zdrowych w tym okresie to samo spostrzegamy), apatją, niechęcią do nauki, zajmowaniem się rzeczami zupełnie nowemi, podejmowaniem jakichś dalekich planów, dziwactwem i t. p. Stan pogarsza się, następują halucynacje (omamy), oskarżanie samego siebie, manje prześladowcze, obawy otrucia przez otoczenie i t. p. Ich myśli obłąkańcze nie są tak logicznie zbudowane, jak u paranoików, kryją w sobie często symbole seksualne. Omamy słuchowe są umiejscowione już to we własnem ciele, już to poza niem, inne są wzrokowe, węchowe, a dotykowe przedstawiają się w formie zgwałceń i czynów perwersyjnych. O ile ta forma schizofrenji nie wzbogaci się, w przebiegu choroby, o jedną z dwu następnych

(katatonja i dementia paranoides), przychodzi do zupełnego zaniku zainteresowania się światem zewnętrznym. O długotrwałych remisjach wspomniałem już wyżej. Lekkie formy hebefrenji są dość częste. Gdy się dobrze rozejrzymy w naszem otoczeniu, to stwierdzając niejedno dziwactwo, niejeden brak taktu, dziwne manjery, niejeden brak sądu o własnych słowach i czynach, możemy śmiało odnieść je do lekkiej formy hebefrenji. W drugiej formie hebefrenji, w katatonji, zjawiają się prócz omamów zmysłowych i zaburzenia motoryczne. Te mogą iść in plus lub in minus. Tacy chorzy mogą całemi dniami zajmować jedno, nieruchome położenie, mogą utrzymać w nadanem położeniu poszczególne części ciała (flexibilitas cerea), mogą mówić mało, coraz mniej, aż wreszcie zupełnie umilknąć (mutismus). Procesy myślowe są prawie zniesione; mogą też oni leżeć bezwładnie jak żywe zwłoki, a ten bezwład (stupor) może trwać łatami. Zaburzenia motoryczne in plus to hiperkinezja. Chorzy są podnieceni aż do szału. Ruchy ich szybkie powtarzają się stereotypowo, powtarzają zakończenia słów (echolalja), powtarzają te same czynności (echopraxia). Ich mowa jest pełna symbolów sennych, w posuniętych wypadkach bezładna. Trzecia forma schizofrenji, to dementia paranoides, występująca w późniejszym wieku i doprowadzająca do kompletnej niemocy psychicznej. Trudno jest czasem odróżnić schizofrenję od zaburzeń manjakalno-depresyjnych (ważne ze względu na rokowanie), gdyż te mogą mieć cechy katatonji, melancholji i t. p. Nie ulega wątpliwości, że w prawdziwej schizofrenji odgrywa dużą rolę podłoże dziedziczne. Ciekawa jest praca szeregu badaczy, zwracająca uwagę na zjawisko podobieństwa myśli, przeżyć i tworów sztuki schizofreników z życiem duchowem ludzi pierwotnych, prymitywnych. Szereg zapór i stłumień zostaje usuniętych z życia schizofreników — wtedy przychodzi do głosu cały materjał prymitywny w formie otwartej lub ukrytej symbolicznej. Ciężka ta choroba, niewyjaśniona zupełnie co do przyczyn powstania, zaczyna się najczęściej w wieku pokwitania aż do 25 r. życia: Leczenie: zakładowe, odurzające i psychiczne w bardzo łagodnych formach. Opoterapja i przeszczepianie gruczołów płciowych dawały bardzo zmienne wyniki.

Musiałem zatrzymać się nieco dłużej nad temi chorobami psychicznemi, by się potem na nie powołać.

W czasie pokwitania pojawia się poraz pierwszy perjod; jest to zawsze silny shock, zwłaszcza u osobników nieuświadomionych i może zaciążyć długo na psychice dziewczęcia. Pojawienie się perjodu może zaraz, lub później nieco, wywołać objawy chorobowe. Z powodu zaburzeń korelacji gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i zwiększenia napięcia układu N błędnego, pojawiają się uderzenia krwi, niemiarowość tętna, odbijanie, uczucie ciężkości i gniecenie w okolicy żołądka, bladość twarzy, astma, nerwica serca i t. p. Stan psychiczny w czasie perjodu można przedstawić w formie krzywej od minimum do maximum. I tak jedne kobiety czują się wyśmienicie, są więcej żywe i przedsiębiorcze, drugie lekko niewyrównane, przeczulone, inne znów tracą na skupieniu się,

na szybkości i dokładności procesów myślowych. Poważniejsze zaburzenia przypominają zaburzenia paranoidalne. Kobiety czują się w tym okresie upośledzone, zaniedbywane przez mężów, są bardzo zazdrosne, równocześnie czują się więcej kobiecemi i cierpią z powodu stłumiania ich zwiększonej zmysłowości. W czasie chorób psychicznych, lekkich i ciężkich, wymienionych uprzednio, następuje zaostrzenie procesu chorobowego w czasie perjodu, a gdy niekiedy początek tej choroby przypadnie na okres perjodu, wtedy nic łatwiejszego dla laika, jak powiązać ten zbieg faktów ze sobą w związek przyczynowy. U niektórych kobiet występuje prawdziwa psychoza menstrualna. Przychodzi wtedy *stale* w okresie menstruacji do pewnych zaburzeń psychicznych, które nie pozostawiają trwałych śladów, mimo częstego ich powtarzania się. Objawami tej psychozy menstruacyjnej są stany zamroczenia aż do amentii, melancholja, idee upośledzenia, zaburzenia obserwacyjno-kojarzeniowe z podświadomem ich fałszowaniem, wybuchy niezwykle silnych uczuć zazdrości z niesłusznemi oskarżeniami, korygowanemi po upływie perjodu. Taka psychoza menstruacyjna, trwająca latami, powtarza się perjodycznie nawet i w okresie przekwitania. Jednym z najczęstszych objawów, występujących w czasie perjodu, to kleptomanja (o czem później), dalej niezmierna wrażliwość na czynniki psychiczne, jak strach, obawa przed ciążą lub chęć ciąży, co może przyspieszyć lub opóźnić perjod. Takie opóźnienie lub przyspieszenie jest połączone z ciężkim shockiem nerwowym, uczuciem upośledzenia i małowartościowości. Miałem sposobność czytać list jednej, która nie zaszła w ciążę, wbrew wielkiej jej chęci. Tyle tam rozpaczy, tragedji i braku wiary w siebie, że samobójstwo nie byłoby niekonsekwencją w tym wypadku. Jaką rolę w życiu kobiety odgrywa istnienie lub brak perjodu, wiedzą o tem lekarze, gdy słyszą jak kobieta złożona ciężką niemocą i wtórną amenorrhoeą tylko na nią zwraca uwagę. Z punktu widzenia nauk psychoanalitycznych menstruacja pierwsza kładzie kres dwupłciowości i bywa podświadomie uczuwana jako niespełnienie drzemiącego w głębi duszy kobiecej pra-obowiązku rodzenia.

Gdy będziemy mówili o zmianach psychicznych w czasie ciąży, będziemy osobno traktowali wypadki ciąży pozamałżeńskiej, połączonej z ciężkiemi troskami nieuregulowanej przyszłości, stanowiska społecznego i wypadki ciąży w biednych sferach proletarjackich, kiedy kobieta zbiedzona, obarczona kupą dzieci bez przyszłości, z głęboką troską w sercu patrzy na to nowe, budzące się życie. Kobieta w ciąży ulega szeregowi przemian w korelacji gruczołowej, zwiększeniu napięcia (sympathicus), układu współczulnego, zwłaszcza w drugiej połowie ciąży. Rozpiętość skali objawów, wywołanych ciążą, jest wielka, wymienię je krótko, gdyż nas więcej będzie interesowała strona psychiczna. Tu należą: bladość twarzy, wrażliwość na temperaturę, zwłaszcza wysoką, ślinotok, wielkie pragnienie, brak apetytu, wymioty, uczucie wstrętu do pewnych zapachów, pokarmów, pragnienie dotykania się pewnych przedmiotów, lubowanie się w ostrych przyprawach, kwaśnych owocach, alkoholu i t. p. i t. p.

Psychicznie znajdują się kobiety w nastroju marzycielskiej tęsknoty (Rilke)*), ich sny są pełne symbolów śmierci, pragną towarzystwa, nadmiernej czułości, czasem nienawidzą męża, raz są skromne, drugi raz wybujałe do bezwstydu i ekshibicjonizmu. Niekiedy oszczędzają chorobliwie lub wyrzucają pieniądze, mają niepowstrzymany pociąg do czynności kryminalnych, do kradzieży w wielkich magazynach towarowych (uwodzącą rolę gra tu specyficzny zapach płócien i galanterji w domach towarowych), do podpalań, fałszywych oskarżeń, a nawet morderstwa, najczęściej przez otrucie. Nastrój zmienia się często, już to przybity, już to pogodny lub obojętny, apatyczny. Fizycznie jedne kobiety rozkwitają w ciąży, drugie więdną. Zaburzenia psychiczne mogą być zaburzeniami chwilowego nastroju lub przejść w ciężką psychozę, w t. zw. „depresję ciężarnych". Jest to głęboka reakcja na ciążę, często nieżyczoną sobie. Mamy tu i płacz i smutek, strach przed przyszłością, bezsenność uporczywą, a ukoronowaniem tego stanu jest samobójstwo. W tym wypadku, nawet najbardziej konserwatywni autorzy zalecają jako leczenie przerwanie ciąży, uważając, że umieszczenie takiej osoby w zakładzie zamkniętym nie uchroni jej od raz powziętej myśli samobójczej i jest zbyt wielkim zamachem na jej wolność osobistą. Inne psychozy ciężarnych występują częściej po 25 r. życia i to w drugiej połowie ciąży, czyli tło ich jest więcej toksyczne. Świadczy o tem, że również w drugiej połowie ciąży powstaje pląsawica, tężyczka, rzucawka i zapalenie wielonerwowe. W czasie ciąży zaczyna się często schizofrenja i zaburzenia manjakalno-depresyjne. Co do leczenia, to, oczywista, że każde poważne zaburzenie psychiczne wymaga możliwie jak najrychlejszego przerwania ciąży. Wchodzi tu też w grę czynnik eugeniczny. Na szeregu zjazdów lekarzy neurologów, psychjatrów i położników ustalono te choroby, które bezwzględnie wymagają przerwania ciąży. I tak: wczesne otępienie (dementia praecox), schizofrenja, zaburzenia manjakalno-depresyjne, paraliż postępowy, znaczne wyczerpanie nerwowe, epilepsia, sclerosis multiplex, zapalenie wielonerwowe i t. p. Osobną rubrykę stanowi ciąża pozamałżeńska. Nieodpowiednie ustawodawstwo, brak opieki nad dziećmi nieślubnemi, zakorzeniony w nieoświeconych sferach a po części i u ciemnej inteligencji przesąd i negatywny stosunek, wytwarza dla nieszczęśliwej kobiety, o ile nie jest rzadkim, godnym największego szacunku mocnym typem, ciężką sytuację. Podobną się staje do ściganej zwierzyny. Nietrudno sobie wyobrazić jej stan psychiczny — wypadki samobójstw są nierzadkie. O sądowem znaczeniu tych stanów będę mówił osobno.

Przychodzimy do przełomowego zdarzenia w życiu kobiety — do porodu. Poród wymaga od kobiety maximum wysiłku, aż do zupełnego wyczerpania.

*) „Und was gab das den Frauen für eine wehmütige Schönheit, wenn sie schwanger waren und standen, und in ihrem grossen Leib, auf welchem die schmalen Hände unwillkürlich liegen blieben, waren zwei Früchte: Ein Kind und ein Tod. Kam das dichte, beinahe nahrhafte Lächeln in ihrem ganz ausgeräumten Gesicht nicht davon her, dass sie manchmal meinten, es würden beide?" Die Aufzeichnungen des Malte Laurieds Brigge — v. R. M. Rilke.

Niektórzy przypuszczają u kobiet pewnego rodzaju zadowolenie ze swych cierpień. To nastawienie masochistyczne znajduje swój wyraz w folklorze i w literaturze pięknej, gdzie spotykamy często zdanie, że kobieta, która nie zaznała oszałamiającego bólu przy porodzie, u której noworodząca się istota nie wyrwała z jej głębi przeraźliwego krzyku matki, nie zasługuje na prawdziwe miano kobiety — rodzicielki. Niejako w odpowiedzi na te wielkie cierpienia przychodzi często do podnieceń, do szału, do zaburzeń przytomności, do czynów impulsywnych, jak samobójstwo i zabójstwo nowonarodzonego dziecka. Kodeksy karne wzięły pod uwagę ten specjalny stan zamroczenia i ze względu na czas i miejsce dokonania przestępstwa, oddzieliły to zabójstwo od innych, dając mu osobną nazwę „dzieciobójstwa". Ten stan nadwrażliwości jest cięższy u kobiet niezamężnych. Takie stany podniecenia i czynów impulsywnych zdarzają się obecnie niekiedy po sztucznem zamroczeniu przy porodzie (scopolamina) i to jest jednym z motywów, mówiących przeciwko sztucznemu oszałamianiu przy porodzie. Pierwsze kilka dni po porodzie znamionuje obojętność, apatja, a później nawet depresja i melancholja. To może trwać cały czas karmienia. W tym okresie stosunek do małżonka staje się chłodniejszy. Zespół takich objawów określił *Moll*, jako nerwicę matczyną. Z jednej strony miłuje swe dziecko, a z drugiej odczuwa nienawiść do tego nowego stworzenia, które grozi jej różnemi niebezpieczeństwami zależnie od stanu i osoby. I tak jedna martwi się o chleb codzienny, druga o swą figurę, stratę czasu, o przykucie jak w niewoli, o stratę łaski w oczach męża i t. p. Przeważna część tych myśli bywa podświadomie stłumiona, a jako wynik tego konfliktu uczuć, występuje nadmierna, rekompensacyjna troskliwość o dziecko. Ta troskliwość staje się niekiedy chorobliwą, zabiera duszę i ciało tej matki, każe jej w nocy nagle wstawać i przypatrywać się, czy dziecko oddycha, każe jej niepotrzebnie i nadmiernie je otulać, każe jej porównywać zawsze jej dziecko z innemi, nie dopuszczać lekarzy, nie mierzyć temperatury w obawie ewentualnej prawdy, jednem słowem zrobi z tej nieszczęsnej matki padające z nóg stworzenie, zaprzągnięte w przeklętą służbę swego dziecka. Jak na tem cierpi wychowanie dziecka, to zrozumie każdy. Z biegiem czasu matka uspokaja się.

W okresie połogu (do 6-u tygodni po porodzie) powstaje ⅔ wszystkich psychoz, od lekkiej aż do beznadziejnej schizofrenji. Dość częsta jest psychoza eklamptyczna, występująca bezpośrednio po napadach lub jako ekwiwalent bez napadów (eclampsia sine eclampsia). Cechują ją stany zamroczenia, delirji, ubytku pamięci typu Korsakowa, połączonej często z częściową afazją. Ubytek pamięci tyczy przeważnie bezpośredniego okresu porodnego, rzadko i okresu paru lat wstecz. To trwa najwyżej kilka miesięcy i znika bezpowrotnie. Z innych psychoz połogowych wymieniam zaburzenia manjakalno-depresyjne i mające świetne warunki etjologiczne, trauma porodowe, ubytek krwi, zaburzenia gruczołowe — schizofrenja. Główną i dominującą formą zaburzeń umysłu w okresie połogu jest t. zw. „amentia połogowa". Jest to forma exogennych

zaburzeń o przyczynie toksyczno-infekcyjnej, przy wysokiej gorączce, przynajmniej w okresie początkowym. Powstaje często przy stanach zakaźnych połogowych. Charakterystyczną jej cechą jest zaburzenie świadomości aż do stanu zamroczenia, delirji. Jedna forma psychozy przechodzi tu w drugą i chora nie rozpoznaje otoczenia, nie orjentuje się, rozumuje ciężko, trudno skupia się, a gdy przyłączą się do tego objawy katatonji, wtedy jej stan jest właściwie zupełnym bezwładem, stuporem, soporem, a nawet comą. Zaczyna się ta choroba niezrozumieniem najprostszych przejawów życia otaczającego, rozluźnieniem biegu myśli aż do zupełnego rozprzężenia, kończy się czynami impulsywnemi (w odróżnieniu do schizofrenji przyczynowo logicznie powiązanemi), halucynacjami, stereotypją, katatonją i t. p. Amentia połogowa może trwać nawet i rok i zostawia prawie zawsze pewne osłabienie umysłu, pewną nadwrażliwość emocjonalną, skłonność do marzeń na jawie, do pół-snu, do osłabienia pamięci i trudności do skupienia się. Taki ciężki obraz chorobowy nastręcza zbyt dużo trudności rozpoznawczych i różniczkowych, by wcześnie udzielić odpowiedzi na pytania niecierpliwego otoczenia co do rokowania.

W czasie karmienia nastrój kobiet ulega silnym wahaniom, aż do ciężkiej depresji włącznie. Niektóre kobiety unikają stosunków płciowych, uważając akt ssania za częściowe poniekąd zadowolenie, co wcale nie przeszkadza występowaniu chorobliwej zazdrości, właśnie w tym okresie. Ta chorobliwa zazdrość występuje u młodych kobiet, często rodzących, nie bez przyczyny, bo z obawy utraty piękności, i otrzymała osobną nazwę: „manji zazdrości w okresie laktacji". Niespostrzegalne zdarzenia i przypuszczenia wiążą one w urojone fakty, zmowy i oskarżają... Prócz tej manji występują inne psychozy, często infekcyjne, bezpośrednio po zapaleniu gruczołów piersiowych, często z powodu wyczerpania długotrwałem karmieniem i ciężką niedokrewnością. Pojawienie się pierwszego perjodu po porodzie może wywołać, opisaną powyżej, psychozę menstrualną.

Pełen zaburzeń nerwowo-psychicznych jest okres przekwitania. Trudno odpowiedzieć tu na pytanie, co jest pierwotne, czy zmiany organiczne w postaci zaniku gruczołów płciowych i zaburzeń korelacji gruczołowej, czy zmiany psychiczne, zwłaszcza u jednostek o wyższej kulturze, pełnych obawy o swoją rolę kobiecą. Nie da się zaprzeczyć wzajemny obustronny wpływ czynników fizycznych i psychicznych. Zaburzenia przekwitania idą w parze z wysokością kultury, narody pierwotne mało na tem cierpią. Jest to okres pełen niespodzianek — jedne kobiety, które były całe życie utrapieniem dla siebie i otoczenia — kwitną — ich indywidualizm, a nawet genjalność wydobywa się na wierzch, a dla drugich jest to okres niewypowiedzianych cierpień. Cierpienia psychiczne lżejsze, występujące w tym okresie, nie są charakterystyczne, odpowiadają one biopsychicznemu nastawieniu danej jednostki, t. j. mają te same formy zasadnicze, co w przebiegu całego jej życia. Są więc kobiety w tym okresie przeczulone, skore do gwałtownych reakcyj, cierpią na bezsenność i na sny pełne koszma-

rów. Stają się hipochondryczne, obawiają się wszelkich chorób, zwracają wiecznie uwagę na stan swego zdrowia, ich narzekania kryją w sobie symbole seksualne. Te psychozy mogą otrzymać zabarwienie paranoidalne aż do stanów katatonji. Zarzucają otoczeniu wrogość, stale mają chęć do kłótni, są nastawione wojowniczo. Naczelnym, charakterystycznym momentem tych stanów, to obawa wszystkiego przed wszystkiem. Co do popędu płciowego, to bywa on z początku wzmożony, psychicznie jeszcze dopingowany. Staje się on powodem różnych przygód miłosnych, niekiedy ośmieszających, a niekiedy kolidujących z kodeksem karnym. Może się też zwrócić do własnej płci. To poszukiwanie uspokojenia nadmiernego popędu płciowego stwarza często sytuacje, będące przedmiotem rozważań sądowych na tle roszczeń cywilnych (małżeństwo nierozsądne, różnica wieku, szantażowanie i t. p.). Bardzo rzadko jako rekompensata utraconego życia płciowego występuje skłonność do mistycyzmu, do zajęcia się nauką i sztuką. Z ciężkich psychoz przekwitania występuje na pierwszem miejscu melancholja, nie różniąca się od melancholji pokwitania. Rokowanie jej jest o wiele poważniejsze, a przy t. zw. melancholji przełomu bardzo złe. Z innych psychoz wymienić można opisaną przez *Krafft-Ebinga*, „manję zazdrości". Doprowadza ona do paranoicznej przemiany bez zaburzeń świadomości, bez uszczerbku dla zdolności umysłowych, bez skłonności do dementji jak przy schizofrenji. Zmienność nastroju, manje prześladowcze, obawy otrucia, omamy charakteryzują tę psychozę i powodują niekiedy świadome fałszowanie spostrzeżeń i faktów. Wybujała zaś zazdrość, z niczem się nie licząca, doprowadza i do zbrodni, jest skierowana przeciwko osobom najbliższego otoczenia, przeciwko małżonkowi. Czepiają się swych ofiar pazurami, gromadzą fałszywy materjał dowodowy, rozprawiają szeroko i głośno o swej krzywdzie. Pomaga tu czasem długotrwała i uporczywa terapja psychiczna, o ile ciężki stan nie zmusza do leczenia zakładowego. Ta manja zazdrości może wystąpić i w lekkiej, mało dostrzegalnej, formie.

Przechodzimy do drugiej części pracy, t. j. do kryminalistyki kobiet, do omówienia związku z okresami generacyjnemi, zmniejszonej odpowiedzialności karnej; nie sposób też ominąć sprawy samobójstw kobiecych.

Zbrodnia, to czyn antyspołeczny. Kryminalna szkoła klasyczna posegregowała te czyny, przyczem obdarzyła człowieka bezwzględnie wolną wolą i bezwzględną odpowiedzialnością. U schyłku 18 w. zaczęła się walka deterministów i indeterministów, zaczęto się interesować nie zbrodnią, a zbrodniarzem. Powstała psychologja kryminalna, a siłą rzeczy musiał ten spór przejść w ręce lekarzy i tak powstała kryminalna psychopatologja. Walka szkoły klasycznej z nowoczesną wciąż trwa jeszcze, ale idee nowoczesne powoli zwyciężają. Uzyskano już warunkowe karanie, sądy dla małoletnich, a ustawodawstwa nowoczesne starają się unieszkodliwić niepoprawnych, naprawić zdolnych do poprawy. Tej walce przyświeca genjalna maksyma Lombroso „nemo deliquente nato". — Zbrodniarz jest produktem swego podłoża dziedzicznego i swego oto-

czenia. Zbrodniczość kobiet zwiększyła się po wojnie z powodu zmienionych warunków życiowych, ogólnego rozprzężenia moralnego i udziału kobiet w bezpośredniej walce o byt. Przed wojną zbrodniczość kobiet i to przeważnie mężatek, nie mówiąc o prostytucji, o tym wentylu wszelkiej zbrodni, jak się wyraża Lombroso, wynosiła 16% ogólnej. Na zbrodniczość kobiet wpływa ich cielesna i psychiczna konstytucja. Kobieta jest skłonna do czynów impulsywnych, jest energiczna, bez skrupułu gdy chodzi o nienawiść, fanatyzm, zazdrość (specyficzna broń kobieca to kwas siarkowy-witrjol) i łatwo też się staje narzędziem w ręku zbrodniarza. *Aschaffenburg* podkreśla specjalne zbrodnie kobiece, jak dzieciobójstwo, podrzucenie, spędzenie płodu, kuplerstwo, otrucia i t. p. Procentowo przedstawia się udział kobiet wedle *Aschaffenburga* następująco: dzieciobójstwo 100, spędzenie płodu 81, otrucie 63, kuplerstwo 60, zdrada cudzej tajemnicy 46, obraza 39, krzywoprzysięstwo 30, kradzież 28. Wojna dała kobietom emancypację kryminalną i powiększyła ich rodzaje zbrodni. Statystyka np. austrjacka, dobrze opracowana, daje takie cyfry z r. 1913 i 1923: I tak za opór władzy skazano w r. 1913 — 41 kobiet, w r. 1923 — 83, za zbrodnie obyczajowe 26 i 50, za spędzenie płodu 70 — 460, za zdradę małżeńską 34 — 75, ciężkie obrażenie ciała 36 — 45, za oszustwo 189 — 315, za kradzież 597 — 3784. Dla kobiet szczególnie niebezpiecznym okresem jest wiek 18 — 21 lat, wtedy przypada najwięcej kradzieży i oszustw. Gdy wychodzą za mąż, potrafią się więcej ograniczyć. W wieku 30 — 40 lat przeważają obrażenia cielesne, fałszywe oskarżenia, wymuszenia, kuplerstwo.

Jak przedstawia się stosunek okresów generacyjnych do przestępstwa? Mówiąc o pokwitaniu wspomniałem o skłonności do różnych przestępstw w tym okresie, jak do włóczęgostwa, do kradzieży, do podpalań, do zabójstw nieuzasadnionych, do nierządu. Momentem usposabiającym do różnych przestępstw to moment menstruacji. Przed perjodem stwierdza się zazwyczaj większy stan napięcia duchowego, przyspieszenie tętna, niekiedy temperatury, a zarazem zwiększenie pojemności oddechowej i przyspieszenie oddechów. Szereg uczonych, z *Krafft-Ebingem* na czele, przyznają to zaburzenie równowagi duchowej. Jednem z najczęstszych przestępstw menstruacyjnych, to kradzieże w sklepach galanteryjnych, domach towarowych i zakładach jubilerskich. 99% kobiet, schytanych na gorącym uczynku, były albo w okresie perjodu, albo w początkowym okresie ciąży. Były wśród nich kobiety z najbardziej zdrowych etycznie sfer o nienagannem prowadzeniu się. Przedmioty kradzieży były przeważnie nikłej wartości. *Krafft-Ebing* uważa tę kradzież za neurotyczną reakcję w czasie fizjologicznej menstruacji, za pewien sposób wyżycia się płciowego, za pewne zadośćuczynienie płciowe rekompensacyjne. Przyspieszać i pobudzać tę reakcję ma specjalny zapach magazynów galanteryjnych (płótno, skóra) i atmosfera w domach towarowych, zwłaszcza u kobiet w początku ciąży. Skłonne są wtedy kobiety do fałszywych świadczeń i oskarżań.

Drugim okresem generacyjnym, dającym dość duży odsetek przestępstw, to

ciąża. Na pierwszem miejscu stoi spędzanie płodu, dalej idą kradzieże, podpalenia, ciężkie uszkodzenia ciała z powodu zazdrości, zabójstwo, trucicielstwo, samobójstwa i t. d. Mówiąc o spędzaniu płodu, umyślnie nie zatrzymuję się nad stroną społeczno-lekarską tego problemu, gdyż toby poszło poza ramy tego referatu. Mam tu na myśli nieodparty przymus wywołania poronienia, najczęściej bez tych ogólnie znanych socjologicznych powodów, podobnie, jak mają wtedy kobiety nieodparty przymus kradzieży, używania cynicznych słów, obrażania bez przyczyny i t. p. Wybujała zazdrość prowadzi je bez skrupułu do zbrodni, podobnie jak znane są w kryminalistyce wypadki masowych familijnych otruć, wywołanych przez kobiety w początkowym okresie ciąży. Dla sądu pozostają one zagadką.

Zbrodnią par excellence kobiecą jest dzieciobójstwo. W średniowieczu karano je ciężką karą śmierci (wbicie na pal i pogrzebanie żywcem). Nasuwa się mimowoli myśl, ile też dokonano przy tem zbrodni sądowych (Justizmord). W roku 1803 po raz pierwszy na kontynencie Europy zniosła karę śmierci za dzieciobójstwo Austrja — inne państwa szybko poszły za nią. Obecnie jest ono wszędzie uważane za „uprzywilejowane zabójstwo" z wyjątkiem Francji i Anglji. Kodeksy karne robią różnicę między dzieciobójstwem ślubnem, a nieślubnem, przyczem ślubne jest wyżej karane. Obecny polski projekt kodeksu karnego nie robi różnic, co z punktu widzenia humanitarnego, jest krokiem wtył, na co zwróciłem już uwagę w r. 1929. Przyczyną lżejszego, odmiennego traktowania tej zbrodni są jej motywy: bieda, groźba utraty czci, pracy, ciężki psychiczny strach porodowy. Na stopień odpowiedzialności karnej wpływają różne okoliczności uboczne, jak np.: czy poród był oczekiwany z depresją, czy ciąża była ukrywana, ustosunkowanie się przyszłej matki do potomstwa, czy poród był jawny, czy skryty, czy długo trwał, czy bardzo bolesny i najważniejsza, czy bezpośrednio po porodzie nie nastąpiło zamroczenie umysłu, a nawet przejściowe pomięszanie. Nie możemy, oczywista, z braku miejsca, zatrzymać się nad techniką śledztwa, ale lekarz powinien w niem się wyznawać. Trudno przyjdzie np. sądowi uwierzyć w zamroczenie umysłu, nawet chwilowe, gdy rodząca sama podwiązała pępowinę, zawinęła noworodka, wymyła podłogę ze śladów krwi, zakopała noworodka i to wszystko prędko i cichutko zanim ktoś wejdzie i zauważy. Podgrupę tego przestępstwa stanowi dzieciobójstwo z powodu nieudzielenia pomocy odpowiedniej. Należą tu rzadkie wypadki skrwawienia się z powodu niepodwiązania pępowiny, uduszenia się z powodu nagromadzenia się śluzu i wód płodowych w gardle, śmierci z powodu niskiej temperatury, upadku i t. p. To niedbalstwo można już prędzej wytłumaczyć dość częstem nieuświadomieniem matki, zamroczeniem umysłu, niezdolnością do jakichkolwiek myśli lub czynności lub stanem psychozy poprzednio opisanym. Takie zaniedbania zdarzają się często przy gwałtownych porodach, na ulicy, w ubikacji, u młodych matek, nie rozumiejących się na bólach porodowych. Czasem kobiety umyślnie szukają takich sposobności, by upozorować gwałtowny poród i śmierć

noworodka. Trzeba być jednakże bardzo ostrożnym w takich wypadkach, by nie obciążać swego sumienia. Dam kilka przykładów: Kobieta, pierwszy raz rodząca, nie poznawszy się na bólach porodowych, urodziła w ubikacji — przerażona woła o pomoc i równocześnie pociąga za łańcuch wodociągowy; płód idzie głębiej. To pociągnięcie należy uważać za czyn odruchowy, bezwiedny, jak bezwiednem jest nakręcanie zegarka. Inny wypadek urodzenia w ubikacji opisuje *Reuter* — on też wyratował matkę z opresji, gdyż wykazał rozległe krwotoki śródczaszkowe, stwierdzające ponad wszelką wątpliwość, że dziecko było już martwe w czasie urodzenia. Kobiety często ukrywają swój stan odmienny i to dość udatnie — zwłaszcza pierwiastki wysokiego wzrostu, tak że otoczenie, nawet właśni rodzice są przerażeni niespodzianką. Inne znowu młode nie zdają sobie sprawy ze swego stanu, zwłaszcza, gdy perjod nie zupełnie ustał, gdy brak objawów hyperemesis, gdy w anamnezie były długie okresy bez perjodu z powodu niedożywienia (wojna), dłuższej choroby lub, gdy nie są dość rozwinięte umysłowo. *Reuter* daje przykład dziewczyny, wychowanej w surowym regimie klasztornym, która nic nie wiedziała o swojej ciąży. Po urodzeniu dziecka powiedziała, że to z ducha świętego. Badanie psychjatryczne wykazało silne przytępienie umysłu. W innym wypadku wstrzymano postępowanie karne z tego samego powodu. Wszystkie kodeksy przyznają zmniejszoną odpowiedzialność karną w tym okresie, a sprawczynie same cieszą się dość dużemi względami sądów przysięgłych*). Z punktu widzenia prawnego wyłania się ciekawa kwestja, kiedy należy uważać dziecko za istotę samoistną, żywą. Zajmowały się tą kwestją również i władze religijne. Wytworzyło się pojęcie „foetus animatus et non animatus". Granicą miało być 28 tygodni ciąży. Na foetus animatus ma prawo państwo. Wszystkie te spory, długotrwałe, wiekowe, charakteru scholastycznego nie obchodzą nas narazie. Od czasu do czasu stają się aktualne, gdy nastąpi zabójstwo, np. uderzenie dziecka niezupełnie urodzonego. Pomocnem nam będzie orzeczenie sądu najwyższego w Anglji, „że dziecko staje się objektem samoistnym, gdy żyje po zupełnem oddzieleniu od matki". Widzimy więc, że nawija się tu dużo kwestyj spornych i ciekawych, ważnych bardzo dla ekspertyzy sądowej. Sposoby dzieciobójstwa, to zazwyczaj uduszenie, uderzenie, pogrzebanie żywcem, utopienie, poród w wiadro i t. p. Każde dzieciobójstwo wymaga dokładnej ekspertyzy psychjatrycznej. Jest to połączone z trudnościami dla przewodu sądowego, ale zawsze dopomoże do uniknięcia bolesnych omyłek.

Z innych zbrodni kobiecych (podrzucenia, fabrykacja aniołków), interesują nas zbrodnie seksualne, najczęściej w wieku przekwitania, i kuplerstwo. Kuplerstwo uważa się za równoważnik zadowolenia płciowego, wyłączając chęć zysku. Świadczy o tem wiek kuplerek i ciągły nawrót do tej zbrodni mimo

*) La moitié des jures se mouclaient coup sur coup pour ne point pleuer. Des Femmes sanglotaient dans l'assistance. La fille Rosalie Prudent fut acquitée. (Maupassant — Rosalie Prudent).

dotkliwych kar. Zbrodnie, popełnione w okresie przekwitania, wypływają z nastroju, opisanego powyżej, tyczą więc obrazy, gwałtu publicznego, oporu władzy, uszkodzeń cielesnych. Seksualne zaś zbrodnie są analogiczne do zbrodni mężczyzn w tym wieku, tyczą więc gwałcenia nieletnich, czynności lubieżnych, kazirodztwa i t. p. Rzadkie zbrodnie, wykonywane przez kobiety bezpośrednio po spółkowaniu na narządach rodnych mężczyzn sięgają głęboko w psychopatologję.

Poważne miejsce w tej pracy musi zająć sprawa samobójstw u kobiet. Ciężki problem samobójstwa nie przestanie nigdy interesować teologów, filozofów, prawników, lekarzy socjologów i innych. W Europie ginie z tego powodu około 60.000 ludzi rocznie i to w wieku względnie młodym, bo z wiekiem wartość życia, choćby najmarniejszego, bywa więcej ceniona. Na 4—5 mężczyzn przypada 1 kobieta; tłumaczy się to alkoholem i koncentracją walki o byt w ręku mężczyzn. Obecnie, gdy kobiety weszły w tryb walki codziennej o chleb i zaczęły używać trucizn nałogowych, ta cyfra zmienia się na niekorzyść kobiet. Ostatnio zdarzają się coraz częściej samobójstwa zbiorowe, poprzedzone niekiedy zabójstwem. U kobiet stwierdza się wybitny wpływ życia płciowego na częstość samobójstw. Statystyka wykazuje, że w okresach generacyjnych zwiększa się gotowość do samobójstw. Niekiedy choroby narządów rodnych są przyczyną samobójstw. W okresie dojrzewania przeważają dziewczęta, zwłaszcza na tle krzywd w szkole. Błaha często przyczyna utrwala nas w mniemaniu, że mamy do czynienia z osobnikami, psychicznie słabemi. Skierowuje się zarzuty przeciw nauczycielstwu, ale gdy uprzytomnimy sobie, jak mało daje się obecnie tej strawy naukowej i jak mało się żąda w szkole, to przekonamy się, że z jednej strony mamy niedorozwój umysłowy, a z drugiej nadmierną ambicję. Reszta samobójczyń rekrutuje się z kobiet ciężko pracujących, służących, źle traktowanych, oszukanych przez mężczyzn, z zawodów wolnych, artystycznych, aresztantek, zwłaszcza w celi pojedyńczej. Ludność wiejska daje % minimalny. Dużą winę ponosi upadek religijności, brak wiary w siebie i zanik poczucia etycznego. Religje niektóre pielęgnowały i pielęgnują myśli samobójcze—jak panteistyczne religje starożytności, a obecnie jeszcze religja hinduska (palenie wdów). Religje monoteistyczne ostro zakazują samobójstwa i grożą represjami pośmiertnemi. Ponieważ kobieta jest w pierwszym rzędzie tą głosicielką i wyznawczynią religji, większy jej udział w samobójstwie świadczy o zaniku religijności. Im wyższa cywilizacja i im większy rozwój miast, tem większa ilość samobójstw. Miesiące jesienne, to pora dla samobójstw kobiecych, a wiosenne dla męskich. Wielką wagę kładzie się obecnie na cielesne i duchowe momenty konstytucjonalne samobójców. *Heller*, który zbadał dokładnie anatomicznie około 300 samobójców, stwierdza w 50% organiczne zmiany, jak status thymo-lymphaticus, hipoplazja systemu naczyniowego, a *Pfeiffer* u kobiet, zmiany organiczne w narządach rodnych. Obydwaj dochodzą do wniosku, że w przeważnej części samobójstwo zostało dokonane w nienormalnym stanie duchowym (rodziny samobój-

ców). *Gaupp* i *Stebner* systematycznie badali uratowanych kandydatów-samobójców. Otóż okazało się, że na 124 kandydatów (60 mężczyzn, 64 kobiet), znalazł *Gaupp* tylko jedną 21-letnią służącą, która rzuciła się do rzeki, będąc w 8-ym miesiącu ciąży, zupełnie zdrową i normalną duchowo. Reszta, a więc 44 osoby były wyraźnie chore umysłowo; 10 kobiet z histerją, 24 mężczyzn i 4 kobiety chroniczni alkoholicy, 5 m. i 7 k. z epilepsją, reszta to psychopaci w wieku 17 — 25 lat. *Knobloch* (Praga) szukał motywów seksualnych na większym materjale 2400 wypadków (1883 — 1920 — 1494 mężczyzn, 906 kobiet) i znalazł je u mężczyzn w 8%—u kobiet w 13%—z tego zaś stwierdzono u 70% menstruację, ciążę lub przekwitanie. Obok nędzy głównym motywem samobójstwa kobiet jest motyw seksualny. Motyw jest zjawiskiem subjektywnem, a przyczyna jest to siła, związana z pra-konstytucją osobnika, która prze do samobójstwa. Rodzaj samobójstwa kobiet, to robota niekrwawa (ostatnio i ta też), więc pętla, trucizna — zresztą jest to ściśle związane z naśladownictwem i modą. Przy podwójnych samobójstwach stroną czynną jest zazwyczaj kobieta, gdy natrafi na partnera o patologicznie słabej woli. *(Vicki Baum* — „Studentka"). W wypadkach nieudałych mają prawnicy dużo kłopotu z interpretacją i kwalifikacją czynu. *Naeke* podaje ciekawy wypadek: młody student miał romans z żoną przyjaciela. Otruł się. Znaleziona korespondencja wyjaśniła to samobójstwo jako wpływ woli kobiety. Kochanka jego, o niezmiernie silnej woli sugestywnej, pisała do tego, prawdopodobnie psychopaty o słabej woli, następujące słowa: „Zabij się, będę wiecznie o Tobie pamiętać, nigdy nie zginiesz naprawdę, zawsze będziesz żył w mej duszy i sercu". Czy należy tę kobietę pociągnąć do odpowiedzialności? Z samobójstwem łączy się rzadkie zjawisko samouszkodzenia u kobiet. Typowe samouszkodzenie kobiece, to połykanie igieł, uszkodzenia gałek ocznych, nawet enukleacja ich w przystępie szału. Opisują nawet wypadek cięcia brzusznego w ostatnim miesiącu ciąży.

Kobieta jako świadek i oskarżona przed sądem. Zeznania kobiet trzeba inaczej traktować — wie o tem i prawnik i lekarz. Przyczyna tkwi w specyficznej konstrukcji psychicznej kobiety, która pozostaje dla nas, mężczyzn, mimo wiekowych studjów, pod wielu względami niewytłumaczalna. Mężczyzną kieruje więcej rozum, kobietą uczucie. Uczucie to wpływa na spostrzeżenia, wyobraźnię, wolę, czynność, a w tym wypadku głównie na reprodukcję spostrzeżenia. Zeznania kobiety są w znacznym stopniu zabarwione subjektywnie. Mały bodziec wystarczy, by wywołać sympatję lub antypatję do danej osoby. Przytem nie należy uszczuplać inteligencji kobiety, mają one dobrą pamięć, żywą fantazję, ale upośledzone za to: czynność skojarzeniową, logiczne myślenie i objektywny sąd; mam na myśli typ przeciętny. Kobieta jest więcej altruistką niż mężczyzna, ale tylko nie w wypadkach tyczących się jej życia płciowego, wtedy jest egoistką, bez skrupułów. Poczucie prawne kobiety jest subjektywnie zabarwione, odpowiednio więc do tego poczucia i postępowanie. Motywy objektywne słabo ją przekonywują. Kobieta jako świadek jest, ze względu na subjektywizm, na

gorszą spostrzegawczość, skojarzenie i reprodukcję, mniej wartościowa. Przy zeznaniu przed sądem czasem trudno znaleźć granicę między tem, co kobieta albo dziecko widziało, a tem, co słyszało od drugich. Prawda i wyobraźnia idą często razem. Najgorszymi świadkami są prostytutki, boją się swego sutenera więcej niż sprawy o krzywoprzysięstwo, zmieniają zeznania jak rękawiczki. Kobieta też nie cofnie się przed krzywoprzysięstwem, gdy chodzić będzie o alimenta i własną ambicję, nie mówiąc o wypadkach celowego szantażu. Znane są częste fakty oskarżania lekarzy o gwałt przy znieczuleniu ogólnem lub miejscowem (u dentystów). Są to wypadki wywołane bujną fantazją na tle psychopatji lub celowe, zbrodnicze, przygotowane, często przez opiekę domową. Należałoby w wypadkach odpowiednich, gdzie rola kobiety jako świadka jest mocno podejrzana, poddawać je badaniu psychjatrycznemu. Okazałyby się częste przypadki psychozy menstrualnej, przytępienia umysłu, zaburzenia asocjacji, histerji, zatracenia granicy między świadomem kłamstwem, a pseudologją fantastica. Przypominam tu też specjalną skłonność pieniaczą kobiet w wieku przekwitania.

Kobieta, jako oskarżona, stara się bronić dostępną jej bronią, a więc sprytem i wymową. Są niekiedy urodzonemi adwokatami. Niektóre zaś, zwłaszcza te oskarżone o dzieciobójstwo lub poronienie, stoją bezradne, ledwie zdołają podać kilka faktów lub dat. Przyczyną są tu motywy czynu, popełnionego w chwili zamroczenia lub skrajnej rozpaczy lub też chęć wpłynięcia swojem zachowaniem się na sędzów przysięgłych. Świadków traktują jako wrogów osobistych. Inne kobiety, zwłaszcza te, z wielkiego świata, o podłożu histerycznem, uważają sąd za teatr, a siebie za aktorki. Stroją się, a jeśli w dramacie jest jakaś ofiara, to napewno zjawią się w ciężkiej żałobie, by przeczytać o tem później w prasie.

Reasumując dochodzimy do następujących wniosków:

W okresach generacyjnych kobiety znajdują się w stadjum pewnego przeczulenia, jeśli nie zaburzenia psychicznego. Czyny popełnione w tym okresie należy uważać za czyny popełnione w afekcie i tak je traktować. Kobieta jako świadek i jako oskarżona wymaga ekspertyzy psychjatrycznej. W moich wywodach podkreśliłem po to specyficzne zbrodnie kobiece, by wpłynąć na specyficzne traktowanie ich. Przychodzą tu na myśl słowa Moebiusa: „Przeceniamy kobietę jako świadka, zbyt surowo się obchodzimy z nią jako oskarżoną".

PIŚMIENNICTWO:

1) Bernstein „Życie płciowe kobiet w świetle analizy" 1929.
2) Banaszkiewicz „Niewidzenie i ślepota podczas ciąży i miesiączki" 1929.
3) Czerwiński „Przestępstwo, a zazdrość" 1929.
4) Rosenkranz „Projekt Kodeksu Karnego w świetle nauki i praktyki lekarskiej" 1929.
5) Grzywo-Dąbrowski „Medycyna Sądowa" 1927.

6) Wachholz „Psychologja sądowa“ 1927.
7) Baley „Psychologja wieku dojrzewania“ 1931.
8) Falkowski „Pseudo-histerja przy schorzeniach ginekol.“ 1910.
9) B. Aschner „Neurosen u. Psychosen bei Menstruationsstörungen“ 1930.
10) Sellheim „Gemütsverstimmungen der Frau“ 1930.
11) Pappenheim „Neurosen u. Psychosen der weiblichen Generationsphasen“ 1930.
12) H. Zacherl „Die Wechseljahre der Frau“ 1928.
13) Hetzer - Vecerka „Soziales Verhalten pubertierender Mädchen“ 1926.
14) F. Reuter „Forensische Gynäkologie“ 1926.
15) Koppenfels „Kriminalität der Frau im Kriege“ 1926.
16) Heberer „Psychologie der Schwangerschaft“ 1925.
17) Aschner „Die Konstitution der Frau“ 1924.
18) Löwenfeld „Sexualleben u. Nervenleiden“ 1922.
19) König „Beiträge zur forensisch - psychiatrischen Bedeutung von Menstruation, Grav. u. Geburt“ 1922.
20) Schieck „Das Menstruationsgift“ 1920.
21) Hurwicz „Der Liebesdoppelselbstmord“ 1919.
22) Siemerling „Nervöse u. psychische Störungen während Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett“ 1916.
23) L. M. Bossi „Neuro - Psychopathien genitalen Ursprungs“ 1911.
24) Collins „Notes on gynecological conditions, coincident with mental disturbances“ 1911.
25) G. Anton „Ueber Geistes u. Nervenkrankheiten in der Schwangerschaft, Wochenbett u. Säuglingszeit“ 1910.
26) Alexandroff „Ein Fall von Hyperemesis grav. kompliziert mit einer Korsakoffschen Psychose“ 1908.
27) Münzer „Ein Beitrag zur Lehre der Puerperalpsychosen“ 1906.
28) H. Fabrice „Die Lehre von der Kindesabtreibung und vom Kindesmord“ 1905.
29) S. Freud „Zur Psychopathologie des Alltagslebens“ 1904.
30) P. Moebius „Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes“ 1904.
31) Fischler „Schwangerschaft u. Diebstahl“ 1904.
32) Krafft - Ebing „Psychosis menstrualis“ 1902.
33) Brouardel „L'avortement“ 1901.

Prof. dr. W. STRAUB, Zakład Farmakologji w Monachjum.

KILKA UWAG W SPRAWIE PREPARATÓW ORYGINALNYCH I ICH NAMIASTEK.

(Referat według Münch. med. Wo. 1931, Nr. 38).

Namiastki środków lekarskich, uprzywilejowane przez kasy chorych, przedstawiają wyłącznie preparaty zastępcze znanych i szeroko rozpowszechnionych patentowanych leków, których nazwa oryginalna jest przeważnie prawnie zastrzeżona. Rozstrzygającą przy wyborze namiastek jest jednak nie ich istotna wartość lecznicza, lecz ich cena, niższa od preparatu oryginalnego. Zwykłe jednak naśladownictwo, np. Aspiriny, polegające na wytwarzaniu kwasu acetylo-salicylowego, nigdy nie stoi na wysokości zadania. Jakość preparatu nie zależy wyłącznie od jego wzoru chemicznego. Wytwa-

rzanie dobrych preparatów wymaga wielkiego doświadczenia, którego naśladowca nie posiada, wobec czego jego przetwory jedynie rzadko osiągają ten sam stopień doskonałości, co przetwór oryginalny. Z tego właśnie względu ustalono w farmakopei dla wszystkich wartościowych leków ścisłe przepisy, umożliwiające określenie czystości np. kwasu acetylo-salicylowego, srebra koloidalnego i t. d. Badanie np. namiastek Aspiriny wymaga stwierdzenia, czy preparat nie zawiera nadmiaru wolnego kwasu salicylowego. Próby te służą jednak wyłącznie dla celów farmaceutycznych i nie mają nic wspólnego z farmakologicznemi metodami badania. Zagadnienie srebra koloidalnego przedstawia doskonały dowód, jak mało można z prób farmaceutycznych wnioskować o wartości leczniczej preparatu. Istotą koloidalnych przetworów srebra jest możliwie największe rozdrobnienie ich cząsteczek, osiągnięcie zaś znacznej dyspersji jest technicznie bardzo trudne.Farmakopea zaś nie określa nawet w przybliżeniu stopnia dyspersji. Można więc wytworzyć preparat zastępczy, jakościowo znacznie mniej wartościowy od Collargolu, a niesprzeczny jednak z przepisami farmakopei. Na szczególną uwagę zasługuje okoliczność, że próby farmaceutyczne dotyczą czystych 100%-owych związków, których chory przeważnie w tej właśnie postaci nigdy do rąk nie dostaje. Ważniejsze preparaty znajdują się ponadto w sprzedaży zwykle z dodatkiem innych środków, które również mogą się przyczyniać do powstawania większej różnicy między oryginałem i namiastką. Tak np. tabletki Aspiriny rozpadają się z łatwością na bardzo drobny proszek, podczas gdy tabletki kwasu acetylo-salicylowego bywają nierzadko twarde jak kamień, rozpadają się z trudem i w miejscu zetknięcia się ze śluzówką żołądka mogą wywoływać mechaniczne podrażnienie lub nawet wymioty. Obie tabletki mogą przytem składać się z chemicznie czystego kwasu acetylo-salicylowego, a pod względem farmakologicznym mają jednak zupełnie różną wartość. Jeszcze bardziej zawikłane i trudniejsze do oceny są stosunki odnośnie do preparatów wytwarzanych w ampułkach.

Wartość namiastki należy oceniać indywidualnie, uwzględniając szczegółowo i wszechstronnie każdy preparat. Naogół można jednak powiedzieć, że stosowanie preparatów oryginalnych daje największą rękojmię dobroci przetworu, podczas gdy stosowanie środków zastępczych jest zawsze połączone z pewnem ryzykiem.

Dr. R. BODENSTAB, Klin. chor. wewn. w Hamburgu.

W SPRAWIE LECZENIA OSTREGO I PRZEWLEKŁEGO REUMATYZMU WIELOSTAWOWEGO.

(Referat według Deutsches Arch. f. Klin. Med., tom 159, z. 3—4).

Kwas salicylowy i jego sole słusznie uważa się powszechnie za swoisty środek dla leczenia ostrego reumatyzmu stawowego. Salicylany powodują jednak bardzo często przykre objawy działania ubocznego i dlatego próbowano już oddawna wprowadzić do lecznictwa jeszcze inne środki przeciwgośćcowe. Pyramidon, jako skuteczny środek przeciwreumatyczny, był znany już pod koniec zeszłego wieku, lecz ogłoszone wówczas prace nie zwróciły na siebie większej uwagi. Dopiero *Roth* wykazał na większym materjale klinicznym szybkie swoiste działanie lecznicze Pyramidonu w przypadkach prawdziwego reumatycznego zapalenia stawów. *Roth* zwrócił również uwagę na okoliczność, że w przypadkach rzeżączkowego zapalenia stawów Pyramidon nie działa. Pod względem swej wartości terapeutycznej Pyramidon nietylko całkowicie dorównywał salicylanom, lecz pod pewnym względem nawet znacznie je przewyższał, gdyż nie wywoływał nigdy żadnych objawów ubocznych.

Liczny szereg autorów potwierdził następnie słuszność spostrzeżeń *Rotha* *(Pauly, Müller, Geres, Rigot, Breuer, Hirschkron).*

Skuteczna przeciwreumatyczna dawka Pyramidonu waha się od 0,25 do 1 g 3 razy dziennie (0,75 do 3 g na dobę). Ostatnio *Schottmüller* na podstawie wyników leczenia zaczął propagować Pyramidon jako doskonały środek dla zwalczania objawów ostrego gośćca stawowego.

Bodenstab dzieli swych chorych gośćcowych, leczonych Pyramidonem, na 3 grupy:

grupa pierwsza obejmuje chorych, leczonych odrazu wyłącznie Pyramidonem;

grupa druga obejmuje chorych, leczonych na zmianę Pyramidonem i salicylem;

grupa trzecia dotyczy chorych, leczonych Pyramidonem po uprzedniej dostatecznej, niedostatecznej lub bezskutecznej kuracji salicylowej.

W grupie pierwszej działanie Pyramidonu (w dawce dobowej 2 do 3 g) objawiło się doraźnym spadkiem gorączki, szybkiem ustąpieniem zmian stawowych i odzyskaniem w krótkim czasie zdolności do pracy. Nawroty, które wystąpiły u dwóch chorych, leczonych poprzednio preparatami salicylowemi, udało się szybko przerwać przez podawanie 2 g Pyramidonu dziennie. Pyramidon należy koniecznie podawać jeszcze przez pewien czas po ustąpieniu objawów stawowych; u dwóch chorych, którzy przedwcześnie przerwali zażywanie Pyramidonu, wystąpiło znowu bolesne obrzmienie stawów.

Wyniki, osiągnięte u chorych z drugiej grupy, leczonych naprzemian salicylanami i Pyramidonem, wykazują równowartość obu leków pod względem ich

działania terapeutycznego. Najlepszym tego dowodem jest wielokrotnie spostrzegany jednakowy wpływ Pyramidonu i salicylanów na nawroty. Gdy po leczeniu Pyramidonem następował lekki nawrót, salicylany szybko usuwały objawy chorobowe i naodwrót, Pyramidon nigdy nie zawodził przy nawrotach, które występowały po uprzedniej kuracji salicylowej.

Innym dowodem, tym razem raczej ujemnym, jednakowej wartości obu sposobów leczenia, może być historja choroby pewnego osobnika, dotkniętego podostrym gośćcem stawowym; otóż w przypadku tym ani salicylany, ani Pyramidon żadnego wpływu leczniczego na przebieg choroby nie wywarły i dopiero po dłuższym czasie bóle stopniowo ustąpiły.

Na szczególną uwagę zasługują wyniki leczenia Pyramidonem chorych trzeciej grupy: we wszystkich przypadkach prawdziwego reumatyzmu wielostawowego, w których preparaty salicylowe zupełnie lub częściowo zawiodły, Pyramidon szybko doprowadził do spadku gorączki i ustąpienia bólów stawowych.

Przytoczymy tu jako przykład historję pewnego chorego, który zgłosił się do szpitala z powodu nawrotu objawów reumatycznych po raz piąty. Najmniejsze nawet poruszenie wywoływało w zajętych stawach bardzo silne bóle. Salicylany okazały się w tym przypadku zupełnie bezskuteczne. Dla uśmierzenia cierpień chorego trzeba było wstrzykiwać morfinę. Jedna jedyna dawka Pyramidonu (0,25 g) sprawiła odrazu tak znaczną ulgę, że można było zaniechać stosowania środków narkotycznych. Podanie natomiast salicylanów żadnego wpływu nie wywarło i stan chorego natychmiast znowu się pogorszył, powrót zaś do Pyramidonu po raz wtóry sprowadził doraźną poprawę.

Inny przypadek, wykazujący w jaskrawy sposób skuteczność Pyramidonu, dotyczy chorego, leczonego bez powodzenia w ciągu dwóch miesięcy salicylanami na jednej z zagranicznych klinik: Pyramidon w dawce dobowej 2,4 g szybko poprawił ciężki stan pacjenta, a dawka 3 g na dobę okazała się dostateczna dla osiągnięcia zupełnego wyleczenia.

Niedostateczne działanie zarówno salicylanów jak i Pyramidonu można doskonale wzmocnić przez jednoczesne stosowanie obu tych leków. Jako przykład wzajemnego uzupełniania się tych preparatów może posłużyć historja pacjenta, dotkniętego ostrym gośćcem stawowym, na którego ani Pyramidon w dawce dobowej 3 g, ani salicylan sodu w dawce dobowej 6 g żadnego wpływu nie wywierały; natomiast podanie 2 g Pyramidonu i 2 g salicylu na dobę doprowadziło szybko do znacznej poprawy.

Wobec pomyślnych wyników leczenia Pyramidonem ostrych i podostrych postaci gośćca stawowego, wydawało się całkowicie uzasadnionem wypróbować jego działanie również i w przewlekłych przypadkach zmian zniekształcających. I istotnie wyniki stosowania Pyramidonu okazały się w pewnej części przypadków wprost znakomite.

Młody człowiek, w wieku lat 26, cierpi od wielu już lat na przewlekły reumatyzm, oporny na wszelkie fizykalne i farmakologiczne sposoby leczenia. Ostatnio pacjent stał się już zupełnie niedołężnym. Trzydniowe leczenie Pyramidonem w dawkach po 0,5 g 5 razy dziennie sprawiło, że chory, który już od 13 miesięcy nie mógł opuszczać łóżka, odzyskał możność stania i próbował nawet chodzić. Następnie po leczeniu Pyramidonem w dawkach po 2,5 g na dobę, w połączeniu z odpowiednią terapją fizykalną, spróbowano podawać preparaty salicylowe; nastąpiło jednak znaczne pogorszenie objawów chorobowych, tak że trzeba było znowu wrócić do stosowania Pyramidonu. W chwili wypisywania się pacjenta ze szpitala stan jego przedmiotowy był w porównaniu ze stanem przed leczeniem Pyramidonem tak znakomity, że wynik terapji należy uważać za nadzwyczaj pomyślny.

Drugi, zasługujący na uwagę przykład dotyczy chorego, wykazującego już od wielu lat objawy przewlekłego zapalenia wielostawowego. Masaże, kąpiele i naświetlania promieniami pozafioletowemi oraz licznie stosowane środki lecznicze nie sprawiały choremu żadnej ulgi. Zwłaszcza uporczywe bóle w lewym stawie kolanowym były tak silne, że zupełnie uniemożliwiały chodzenie. Choremu rozpoczęto podawać Pyramidon w dawce 3 g dziennie. Po upływie pewnego czasu chory dzięki tej terapji był już wstanie z łatwością chodzić bez żadnych dolegliwości i nie posługując się laską.

Leczenie Pyramidonem ostrego i przewlekłego gośćca stawowego zasługuje więc stanowczo na znacznie szersze niż dotychczas rozpowszechnienie. Dawka lecznicza wynosi 2 — 3 g dziennie.

Pyramidon można w razie potrzeby podawać bez żadnych zastrzeżeń przez długie tygodnie, a nawet miesiące. Jest bardzo ważnem, aby go stosować jeszcze przez pewien czas po ustąpieniu objawów fizykalnych i czynnościowych, stopniowo zmniejszając dawkę 3 g podawaną początkowo codziennie.

Nawet podawanie dużych dawek w ciągu kilku miesięcy jedynie wyjątkowo wywołuje objawy uboczne, jak mdłości, brak apetytu, zawroty lub lekkie bóle głowy i uczucie zmęczenia.

W jednym przypadku przewlekłego gośćca stawowego podawano Pyramidon w dawce dobowej 2,5 g bez przerwy przez 10 miesięcy. Chory doskonale znosił to leczenie, które jedynie było wstanie uśmierzyć jego bóle, aż wreszcie wyleczył się zupełnie.

Na podstawie swych licznych i dokładnych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że w leczeniu ostrego i przewlekłego reumatyzmu stawowego Pyramidon powinien zająć miejsce conajmniej równoważne salicylanom, które zresztą stanowczo przewyższa pod jednym względem, mianowicie, że nawet przy długotrwałem stowaniu nie powoduje naogół żadnych objawów działania ubocznego. Zdarza się również nierzadko, że Pyramidon działa doskonale nawet w tych przypadkach, w których salicylany mniej lub więcej zawodzą.

Dr. G. DUBOIS-ANDRÉ, Bruksela.

O LECZENIU CHORÓB NERWOWYCH PREPARATAMI ARSENOWEMI.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques, tom VI, Nr. 7).

Jednym z najskuteczniejszych środków leczniczych w dziedzinie chorób nerwowych są niewątpliwie preparaty arsenowe. Niestety, Natrium arsenicosum, Acidum arsenicosum i wszelkie inne pochodne arsenu, podawane doustnie, wywołują przeważnie zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, które zmuszają do przerwania kuracji, zanim zdąży się osiągnąć wynik leczniczy. Wstrzykiwania podskórne kakodylanów przedstawiały już znaczny postęp, gdyż oszczędzały przewód pokarmowy i zapewniały lepsze przyswojenie arsenu. Dłuższe doświadczenie nie potwierdziło jednak w zupełności nadziei pokładanych w kakodylanach. Dodatnie wyniki, osiągnięte podczas kuracji, zwykle nie okazywały się trwałe i szybko mijały. Ujemną stroną kakodylanów jest panadto przykry zapach, podobny do zapachu czosnku, który te preparaty wywołują w wydychanem powietrzu i który odczuwa zarówno pacjent jak i jego otoczenie.

Istnieją jednak dwa zasługujące na uwagę przetwory arsenowe, które zachowując w zupełności cenne własności lecznicze arsenu, nie posiadają cech ujemnych kwasu arsenowego lub kakodylanów. Preparatami temi są Solarson i Optarson. Solarson jest to heptino-chloro-arsinian amonu, Optarson zaś jest to Solarson z dodatkiem niewielkiej ilości strychniny. Znaczna zawartość arsenu, prawie całkowicie przyswajalnego, lecz pozbawionego wszelkiej toksyczności, daje możność przyspieszenia leczenia, które przy stosowaniu innych preparatów jest zwykle długie i niewdzięczne. Podskórne wstrzykiwania są zupełnie niebolesne i nie pozostawiają nigdy żadnych śladów zapalnych ani stwardnień.

Z licznego szeregu własnych spostrzeżeń, wykazujących niewątpliwie dużą wartość leczniczą Solarsonu i Optarsonu, autor przytacza następujących 6 obserwacyj.

PRZYPADEK I.

Jan T., lat 38, literat. Przed 2 laty objawy ciężkiej neurastenji na tle nadmiernej pracy umysłowej; zawroty głowy, agarofobja, silne bóle głowy, skłonności samobójcze, zaburzenia żołądkowe. Pacjent był wówczas leczony różnemi kakodylanami, strychniną, preparatami tonizującemi, nie mógł jednak odzyskać dawnego zdrowia i całkowitej zdolności do pracy.

Przed rokiem nowe, ostre, gwałtowne pogorszenie dolegliwości neurastenicznych, które zmusiły chorego do porzucenia wszelkiej pracy; znaczne schudnięcie, bóle głowy, brak apetytu, uczucie nieokreślonego lęku, niezdolność do pracy, nadzwyczajna pobudliwość, skłonności hipochondryczne.

Autor zalecił choremu zastrzyki Optarsonu (co drugi dzień). Po szóstem wstrzyknięciu wyraźna poprawa, zmniejszenie bólów głowy, poprawa apetytu. Po zakończeniu kuracji pacjent uważa się za zupełnie wyleczonego i podejmuje z powodzeniem swą pracę literacką.

Po 4 miesiącach chory znowu zaczął doznawać co pewien czas uczucia niewielkiego lęku i bólów głowy. Dla uniknięcia nawrotu sam poprosił o powtórzenie kuracji Optarsonem.

Po czwartym zastrzyku objawy, które zaniepokoiły pacjenta, ustąpiły. Od tego czasu pacjent „odzyskał doskonałą równowagę" i pomimo ciężkiej, wyczerpującej pracy czuje się doskonale.

PRZYPADEK II.

Pani R., lat 69, rentjerka.

Bardzo silne wyczerpanie nerwowe: bóle głowy, bezsenność, zmęczenie, niezdolność do pracy, utrata pamięci, znaczne osłabienie wzroku, uczucie lęku, stałe drżenie kończyn.

Leczenie: zastrzyki Optarsonu — 3 razy tygodniowo.

Po trzeciem wstrzyknięciu chora skarży się na przykre wrażenie po każdym zastrzyku. Wobec tego, że dolegliwości te u chorej z objawami miażdżycy mogły zależeć od strychniny, zmodyfikowano leczenie w sposób następujący: dwa zastrzyki Solarsonu (preparat bez strychniny) tygodniowo, a między niemi jeden zastrzyk Optarsonu. Dolegliwości pozastrzykowe już się nie powtórzyły.

Po ukończeniu serji zastrzyków stan chorej poprawił się znakomicie: waga zwiększyła się o 1 kg 800; bóle głowy, uczucie lęku, drżenie kończyn ustąpiły; sen prawidłowy, wzrok znowu normalny. Osłabnienie pamięci nie ustąpiło, pozostała również skłonność do łatwego męczenia się. Wobec tych objawów, zaproponowano pacjentce, która uważała się za wyleczoną, aby na przyszły miesiąc powtórzyła serję zastrzyków Solarsonu.

Chora jednak już się więcej nie zgłosiła. Wydaje się prawdopodobnem, że ze względu na wiek i stan znacznego ogólnego wyczerpania przed kuracją, pacjentka nawrotu nie uniknie. Na uwagę zasługuje wszakże radykalna zmiana stanu chorej na lepsze już w ciągu jednej serji wstrzykiwań. Druga serja zastrzyków z pewnością by tę poprawę utrwaliła i doprowadziła do zupełnego wyleczenia.

PRZYPADEK III.

Pani K., lat 53, bez zajęcia.

Przedwczesne zestarzenie się, bezsenność, zawroty głowy, fobje, niezdolność do zajęcia się swemi zwykłemi sprawami gospodarczemi, bóle głowy, zaburzenia żołądkowe, osłabienie wzroku, trądzik różowaty, wypadanie włosów. Leczenie: zastrzyki Optarsonu co drugi dzień. Jedna serja okazała się wystarczająca dla osiągnięcia poprawy. Chora o wiele weselsza, bóle głowy ustąpiły, wzrok znacznie lepszy; chora przybrała na wadze 1 kg 630 g i mogła znowu powrócić do swych zajęć. Zasługuje tu na uwagę wpływ Optarsonu na dwa objawy uboczne: trądzik różowaty zmniejsza się znacznie, a wypadanie włosów ustaje zupełnie. Poprawa utrzymuje się na stałe, chora skarży się jedynie na skłonności do zaparcia, a poza tem uważa się za zupełnie zdrową.

PRZYPADEK IV.

Pani D., lat 34, bez zajęcia.

Rozsiane stwardnienie rdzenia od $1^1/_2$ roku. Odruchy kolanowe wzmożone, zwłaszcza po stronie prawej; Babiński prawostronny dodatni, przykurcz prawej kończyny dolnej, prawego przedramienia i prawej połowy twarzy, mowa zlekka skandowana, chodzenie prawie niemożliwe, gdyż chora, pozostawiona sama sobie, potyka się o najmniejszą przeszkodę.

Ciśnienie krwi prawidłowe, Romberg wybitnie dodatni, Argyl Robertson ujemny. Odczyn Wassermanna ujemny. Płyn mózgowo-rdzeniowy bez zmian.

Chora otrzymała poprzednio szereg kuracyj kakodylanowych, lecz stan jej stale się pogarszał.

Autor zalecił pacjentce masaże, o poza tem Solarson (Optarson byłby tu przeciwwskazany ze względu na skurczowe działanie strychniny). Wobec trudności komunikowania się z obłożnie chorą pacjentką, zastrzyki wykonywano w sposób następujący:

1-szy tydzień:	2 cm^3 na raz
2-gi i 3-ci tydzień:	3 cm^3 na raz
4-ty tydzień:	3,5 cm^3 na raz
5-ty tydzień:	4 cm^3 na raz

Pomimo tych wielkich dawek nie stwierdzono żadnych objawów nietolerancji.

Wynik: powiększenie się wagi o 3 kg 130 g. Ustąpienie objawu Romberga, odruchy ścięgnowe znacznie słabsze, ustąpienie stanu skurczowego twarzy i prawego ramienia, mowa prawidłowa, chód o wiele lepszy. Chora, która nie mogła poprzednio przejść bez pomocy 10 kroków, może odbywać dość długie spacery i zajmować się gospodarstwem domowem.

Stan zdrowia chorej kontrolowano następnie co dwa miesiące: poprawa nietylko utrzymała się, lecz nadal postępowała.

Nie może tu, oczywiście, być mowy o wyleczeniu bezwzględnem, lecz była to jednak więcej niż remisja, gdyż ciężko chora pacjentka odzyskała w przybliżeniu około 80% zdolności do pracy.

PRZYPADEK V.

Pani L., lat 35, gospodyni. Przed 4 lata ostry gościec stawowy bez powikłań sercowych. Po 3 miesiącach chora zaczęła się skarżyć na zatory i bóle głowy. Pacjentka zasięgała w ciągu 3 lat porad różnych specjalistów, którzy jej zapisywali wszelkie możliwe środki tonizujące.

Gdy chora zwróciła się po raz pierwszy do autora, stan jej był bardzo ciężki: zupełna niemożność chodzenia, zawroty głowy, krańcowe osłabienienie, brak apetytu, znaczne wychudzenie.

Dno oka i czynność błędnika prawidłowe; zdjęcie rentgenowskie czaszki żadnych zmian nie wykazało; mocz, poza obfitym osadem fosforanów, nie zawiera składników patologicznych; mocznik we krwi 0,37%, odczyn Wassermanna ujemny, płyn mózgowo-rdzeniowy bez zmian, ciśnienie tętnicze w granicach normy. Odruchy ścięgnowe bardzo żywe.

Rozpoznanie: wyczerpanie nerwowe ze skłonnością do zawrotów głowy i fobja upadku na tle autosugestji. Wobec bezskuteczności wszelkich dotychczas stosowanych sposobów leczenia (również i organoterapja pozostała bez wpływu), autor postanowił wypróbować Solarson. Po szóstem wstrzyknięciu (co drugi dzień) stwierdza się znaczną poprawę, bóle głowy i osłabienie mniejsze, łaknienie lepsze. Po zakończeniu serji wstrzykiwań pacjentka, która dotychczas nie była wstanie opuścić łóżka, mogła już chodzić i zajmować się ręcznemi robotami. Bóle głowy ustąpiły zupełnie, chora czuje się o wiele silniejsza, chodzi bez wysiłku, nie opierając się o meble, zaburzenia żołądkowe i fosfaturja cofnęły się. Chora doznawała jeszcze tylko zrzadka uczucia zawrotu głowy, ale i ten objaw po drugiej serji wstrzykiwań ustąpił całkowicie, tak że chora wróciła do zupełnie normalnego trybu życia.

PRZYPADEK VI.

Pani M., lat 32, bez zajęcia. Ostra neurastenja, bóle głowy, zmęczenie, wędrujące bóle, przykre myśli, uczucie lęku, skłonności samobójcze, bezsenność, napady płaczu. Po dwóch serjach wstrzykiwań Optarsonu większość objawów ustąpiła. Nastrój znacznie weselszy, waga zwiększyła się o 5 kg 200 g. Pozostały jeszcze powtarzające się od czasu do czasu bóle głowy, które ustąpiły pod wpływem preparatów wielogruczołowych. Chora zgłosiła się powtórnie po 7 miesiącach, czuje się bardzo dobrze, waga jej zwiększyła się jeszcze o 5 kg 700 g.

Na podstawie dużego doświadczenia własnego i danych z piśmiennictwa autor dochodzi do wniosku, że Optarson i Solarson istotnie przedstawiają dwa bardzo wartościowe leki. Działanie ich jest bardzo szybkie. Już po kilku pierwszych wstrzyknięciach chorzy odzyskują apetyt i stan ogólny zaczyna się poprawiać; zwiększenie się wagi ciała pod wpływem omawianej terapji o 5 kg wcale nie należy do rzadkości. Wraz ze wzrostem sił zmienia się również i wy-

gląd zewnętrzny chorych, uczucie zmęczenia znika, samopoczucie poprawia się i chorzy są znowu wstanie prowadzić swój normalny tryb życia.

Arsenał środków leczniczych w dziedzinie chorób nerwowych jest nadal jeszcze bardzo ubogi. Również i Solarson i Optarson nie przedstawiają, oczywiście, leków niezawodnych i zdarzają się przypadki oporne na ich działanie. Nie dyskredytuje to jednak wcale tych preparatów, które w większości przypadków przepracowania i wyczerpania nerwowego okazują znakomity wpływ leczniczy.

Dr. R. NIELSEN, Szpital miejski w Zwenkau.

O STOSOWANIU RIVANOLU DLA ODKAŻANIA KISZEK.

(Referat według Therapie der Gegenwart 1931, z. 10).

Autor zdaje sprawę z wyników leczenia Rivanolem ostrych i podostrych nieżytów kiszek cienkich i grubych. Spostrzeżenia *Nielsena* dotyczą zarówno przypadków klinicznych jak i ambulatoryjnych. Działanie lecznicze Rivanolu przeważnie okazywało się znakomite. Leczenie to zawodziło jedynie w przypadkach biegunek na tle gruźlicy kiszek. Zwykłe banalne postacie biegunek ustępowały pod wpływem Rivanoletek (Rivanol w dawkach po 0,025 g) tak samo szybko jak przy stosowaniu innych dotychczas w tym celu stosowanych leków. Natomiast przy postaciach cięższych Rivanol stanowczo działał o wiele lepiej niż inne środki przeciwbiegunkowe. *Nielsen* stosował Rivanol u większej ilości pacjentów, leczonych poprzednio bezskutecznie wszelkiemi możliwemi sposobami. Pod wpływem Rivanolu następowała szybko znaczna poprawa podmiotowa i przedmiotowa, a następnie zupełne wyleczenie. Jako jeden z przykładów pomyślnego działania leczniczego Rivanolu autor przytacza w streszczeniu następującą historję choroby:

Chory, lat 61; po zjedzeniu podejrzanej kiełbasy wystąpiły wymioty i biegunka. Pacjent robi wrażenie ciężko chorego. Po 14-dniowem leczeniu domowem przewieziono chorego ze względu na ciężki stan ogólny do szpitala. W chwili przybycia do szpitala stwierdza się: samopoczucie złe, chory bardzo osłabiony, wyraźna żółtaczka skóry i białkówek; skóra bardzo sucha, język popękany i suchy; w prawem podżebrzu napięcie powłok i nieznaczna wrażliwość na ucisk; wyraźnych objawów obrony mięśniowej i umiejscowionej bolesności nie stwierdza się. Wątroba sięga prawie do pępka. Wypróżnienia płynne, bardzo cuchnące, naprzemian z zaparciem stolca. Mocz: ślad białka, urobilinogen i urobilina ++++; bilirubina ++, odczyn dwuazowy ujemny. Osad: liczne wałeczki woskowe i ziarniste. Bilirubina w surowicy krwi: 5 mg % według Haselhorsta. Odczyn Vidala ujemny. Chorego leczono w ciągu tygodnia zwykle stosowanemi w takich przypadkach lekami oraz przestrzegano ścisłą dietę, bez żadnego jednak wyniku. Wówczas autor zapisał choremu Rivanol w dawce 3 razy dziennie po 0,05 g. Ciężki dotychczas stan chorego zmienił się odrazu na lepsze. Biegunka, żółtaczka i obrzmienie wątroby szybko ustąpiły. Gdy po 8 dniach trzeba było przerwać podawanie Rivanolu z powodu wyczerpania się jego zapasu w aptece, zaburzenia kiszkowe powtórzyły się, wypróżnienia znowu stały się cuchnące i chory zaczął gorączkować. Wznowione po krótkiej przerwie leczenie Rivanolem szybko usunęło wszystkie objawy chorobowe i doprowadziło wreszcie do ostatecznego wyleczenia.

Prof. dr. SIEBECK, Bonn.

KIŁA SERCA I NACZYŃ KRWIONOŚNYCH.

(Referat według Münch. Med. W. 1930, Nr. 36).

Przy leczeniu kiły serca i naczyń krwionośnych najlepsze wyniki daje wczesne i ostrożne leczenie swoiste. W przypadkach współistnienia niedomogi serca należy przed rozpoczęciem kuracji przeciwkiłowej przeprowadzić odpowiednie leczenie wzmacniające serce (spokój, naparstnica, ewen. strofantyna). Również i w przypadkach kiłowych zmian naczyniowych (dusznica bolesna), wskazanem jest rozpocząć leczenie od wzmocnienia stanu ogólnego i wyrównania krążenia. Bardzo zły stan ogólny jest przeciwwskazaniem do stosowania rtęci, bizmutu i Salvarsanu.

Siebeck rozpoczyna swoiste leczenie kiły u chorych sercowych od ostrożnego podawania jodu. Jod należy podawać w dostatecznych dawkach przez dłuższy czas, uwzględniając ewent. przeciwwskazania. Leczenie jodowe można rozpocząć odrazu z chwilą ustalenia rozpoznania. Działanie jodu okazuje się szczególnie pomyślne zwłaszcza w przypadkach kiłowych chorób naczyniowych. Jod można podawać również i przy niewyrównanem krążeniu. Zamiast NaJ lub KJ (3 razy dziennie po łyżce stołowej 2,5 — 5%-owego roztworu) podaje *Siebeck* wrażliwym na jod pacjentom Sajodinę (3 razy dziennie po 1 — 2 tabl. à 0,5 g). Po 6 — 8-tygodniowem leczeniu zarządza się jednomiesięczną przerwę. Jeżeli stan ogólny chorego na to pozwala, wówczas w kilka dni po rozpoczęciu leczenia jodowego *Siebeck* podaje swym pacjentom Hg lub Bi. Autor uważa bizmut za odpowiedniejszy niż rtęć i wstrzykuje Casbis lub Bismogenol (2 razy na tydzień dopośladkowo, przy pierwszem wstrzyknięciu ½ cm^3, następnie 1 cm^3, ogółem 10 — 15 wstrzykiwań). Chorym obrzękniętym wstrzykuje *Siebeck* jako preparat rtęciowy Novasurol lub też Salyrgan, który chociaż działa nieco słabiej, wyróżnia się jednak lepszą tolerancją. Dawka Salyrganu wynosi ½ — 1 — 2 cm^3 domięśniowo lub dożylnie co trzeci dzień. Zarówno leczenie rtęciowe jak i bizmutowe należy przeprowadzać bardzo ostrożnie, starannie pielęgnując jamę ustną i badając co pewien czas mocz. Po takiem 10 — 14-dniowem leczeniu wstępnem chory otrzymuje Salvarsan w małych dawkach pojedyńczych, lecz w dostatecznej dawce ogólnej.

Salvarsan jest lekiem o wiele skuteczniejszym niż wszelkie inne środki przeciwkiłowe. *Siebeck* nie jest zwolennikiem wielkich dawek Salvarsanu. Rozpoczyna on leczenie od 0,05, następnie wstrzykuje 0,075, poczem zwiększa stopniowo dawkę aż do dawki maksymalnej 0,3. Wstrzykuje się dwa razy tygodniowo. Za najodpowiedniejszą dawkę ogólną uważa *Siebeck* 3 — 4 g Neosalvarsanu. W pierwszym roku przeprowadza *Siebeck* taką kurację 2 — 3 razy, w dwóch następnych latach 1 lub 2 razy. Niedostateczne lub przedwcześnie przerwane leczenie swoiste, zwłaszcza zapomocą Salvarsanu, jest według *Siebecka*, postępowaniem gorszem niż zupełne nieleczenie, gdyż naraża chorego na uruchomienie infekcji zamiast jej ograniczenia.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Kilka uwag w sprawie patologji pęcherzyka żółciowego.

Choroby pęcherzyka żółciowego mogą długi czas przebiegać zupełnie bezobjawowo. Samowyleczenie w lżejszych przypadkach zapalenia pęcherzyka, z obecnością kamieni lub bez nich, wcale nie należy do rzadkości. W średnio-ciężkich przypadkach koniecznem jest leżenie w łóżku i odpowiednia lekka dieta, częste niewielkie posiłki, dużo wody, kuracja karlsbadzka oraz środki żółciopędne i przeciwskurczowe w przypadkach kolki żółciowej. W razie wystąpienia gorączki należy natychmiast zbadać ilość krwinek białych oraz określić ich wzór. Początek sprawy ropnej cechuje zawsze duża leukocytoza i znaczne zwiększenie się komórek wielojądrzastych. Sprawy ropne należy leczyć bardzo starannie, a w razie ich postępowania wskazana jest interwencja chirurgiczna. Zbyt długa terapja zachowawcza może się okazać bezskuteczną i niebezpieczną, gdyż grozi powikłaniami. W razie jednak cofania się leukocytozy i polynukleozy należy z dokonaniem operacji zaczekać aż do ustąpienia okresu ostrego.

Przy kamieniach żółciowych bez ciężkich objawów wskazanem jest początkowo leczenie wewnętrzne. Aspirina, heksametylenctetramina, salol, żółć lub kwasy żółciowe i in. często sprawiają chorym znaczną ulgę. Celowe są następnie: kuracja karlsbadzka, częste lecz małe posiłki, 3 razy dziennie na 1/2 godziny przed jedzeniem łyżeczka od herbaty gliceryny lub 1/2 szklanki od wina oliwy, rano i wieczorem przechadzki i wogóle możliwie częsty choć umiarkowany ruch na powietrzu. Częste występowanie kolki żółciowej lub podniesienia się gorączki z dreszczami, zależne od zmian toczących się w pęcherzyku żółciowym, częste nawroty długo utrzymującej się i opornej na wszelkie leczenie żółtaczki wymagają koniecznie zabiegu chirurgicznego.

Prof. dr. Max Einhorn, New York.
(Arch. f. Verdauungskrkh. 1931, tom 49)

Badania doświadczalne nad wchłanianiem żołądkowem.

W szeregu badań doświadczalnych, wykonanych na psach, autor wykazał, że monozy, aminokwasy, alkohol, żelazo, jod i inne związki mogą się wchłaniać przez błonę śluzową żołądka. Związki te wchłaniają się jednak tylko po dłuższem przebywaniu w żołądku. Peptony, albumozy i skrobia wchłonięciu nie ulegają. Podobnie jak śluzówka kiszki, również i śluzówka żołądka może wchłaniać tylko związki rozszczepione. Tłuszcz nie wchłania się w żołądku wcale. Wchłanianie wymienionych związków odbywa się (przynajmniej u psa) prawdopodobnie w dnie żołądka, resekcja bowiem części odźwiernikowej nie miała żadnego wpływu na stopień wchłaniania żołądkowego. Następnie dokonano doświadczeń nad wchłanianiem z żołądków wykazujących objawy nieżytu zanikowego. Nieżyt ten wywoływano u psów sztucznie przez podawanie w ciągu dłuższego czasu 2 razy dziennie po 100 cm^3 50%-owego alkoholu. Otóż okazało się, że pomimo coraz większego uszkodzenia błony śluzowej wchłanianie zmniejszeniu nie ulega. Stopień wchłaniania prawie wcale się nie zmienia, przyczem następuje ono o wiele wcześniej niż w zdrowym żołądku. Spostrzeżenie to

nasuwa przypuszczenie, że między wchłanianiem i wydzielaniem istnieje pewna wzajemna zależność. W zdrowym żołądku wchłanianie następuje dopiero po ukończeniu wydzielania. W żołądkach z objawami nieżytu śluzówki wchłanianie odbywa się odrazu. Żołądkowe komórki gruczołowe posiadają dwie czynności: wydzielania i wchłaniania; czynności te mogą jednak odbywać się tylko jedna po drugiej, a nigdy jednocześnie. Alkohol wywołuje, coprawda, nieżyt zanikowy, lecz nie wpływa wcale na zdolność wchłaniania.

Dr. F. Delhougne,
Poliklinika lekarska, Bonn
(Arch. f. exp. Path. u Pharm. 1931, tom 159).

Obecny stan zagadnienia narkozy avertinowej.

Avertinę można stosować zarówno u małych dzieci, jak i u ludzi w podeszłym wieku. U ludzi starych należy jednak być bardzo ostrożnym z dawkowaniem. Ze względu na zupełny brak wpływu Avertiny na mięsień sercowy i układ przewodnictwa, jest ona szczególnie wskazana w przypadku zaburzeń czynności serca. Spostrzeżeń nad działaniem Avertiny w przypadkach chorób krwi dotychczas jeszcze niema. *Specht* jest jednak zdania, że można ją w tych przypadkach stosować bez żadnych zastrzeżeń. W sprawach chorobowych, które w ostry sposób zmniejszają czynną powierzchnię oddechową płuc, uśpienie avertinowe ze względu na stosunkowo silny wpływ na ośrodek oddechowy jest naogół raczej niewskazane. W każdym razie przy operacjach takich dawkowanie powinno być bardzo oględne. Toż samo dotyczy guzów mózgu, które wywołują wzmożenie ciśnienia wśródczaszkowego z mniejszemi lub większemi zaburzeniami oddechu; ze względów zaś techniki operacyjnej właśnie przy guzach mózgu lub przy trepanacji czaszki uśpienie per rectum jest postępowaniem wprost idealnem. Twierdzenie, jakoby Avertina była przeciwwskazana w przypadkach niedrożności jelit, należy obecnie uważać za zupełnie nieuzasadnione. W kilku opisanych przypadkach pobudzenia główną rolę odgrywa, prawdopodobnie, zastosowany przed narkozą wstępny środek usypiający. *Specht* przypadków pobudzenia nie spostrzegł ani razu. W położnictwie ze względu na zwiększenie się atonicznych krwawień porodowych i zaburzenia w odklejaniu się łożyska, Avertiny naogół się nie stosuje; rozległe zastosowanie znajduje natomiast Avertina w ginekologji. Wobec tego, że Avertina działa niezawodnie nawet w ciężkich stanach podniecenia, wprowadzono ją również i do praktyki psychjatrycznej. Dalszemi wskazaniami do stosowania Avertiny są większe uszkodzenia urazowe, złamania kości, transport rannych, trudne cystoskopje i bolesne badania rentgenowskie. Ewentualnym ujemnym stronom Avertiny można przeciwstawić jej wielkie zalety. Żaden inny sposób uśpienia nie oszczędza w tym stopniu psychiki chorego jak Avertina. Również i pooperacyjne zapalenia płuc, nawet przy dodaniu do 50 g eteru, zdarzają się o wiele rzadziej niż po czystej narkozie inhalacyjnej. Te niewielkie dawki eteru działają nietylko usypiająco, lecz przedstawiają jednocześnie dobry środek pobudzający, wobec czego niema żadnego powodu ich unikać. *Specht* jest zdania, że pooperacyjne zapalenia płuc zależą raczej od swoistego szkodliwego działania większych dawek eteru, niż od osłabienia czynności ośrodka oddechowego. Ponarkotyczny sen po uśpieniu Avertiną jest zupełnie podobny do zwykłego fizjologicznego snu i jest dla chorych po operacji bardzo pożądany. Pomyślną dla pacjentów jest również zupełna amnezja samego uśpienia i względna amnezja podczas pierwszych 24 godzin po operacji. Długi sen po operacji zaoszczędza stosowanie środków przeciwbólowych. Wymioty po Avertinie zdarzają się wyjątkowo rzadko.

Dr. K. Specht,
Klinika Chirurgiczna Uniwersytetu w Kilonji
(Klin. Wschr. 1931, Nr. 14).

Ambulatoryjne leczenie kamieni nerkowych w praktyce urologicznej.

Einzig zaleca Novalginę jako najodpowiedniejszy środek dla zwalczania bólów

podczas napadów kamicy nerkowej. Jest to jedyny preparat, który w doraźny i niezawodny sposób przezwycięża nawet najcięższe napady kolki nerkowej. Novalginę można w razie potrzeby podawać kilka razy dziennie. Najlepszym sposobem stosowania Novalginy są wstrzykiwania dożylne. Novalgina nietylko usuwa natychmiastowo ból, lecz ułatwia również i odejście kamieni, które mogą być nawet wielkości soczewicy. W ciągu ostatnich lat autor spostrzegał 4 przypadki odejścia kamieni po upływie 1 — 2 dni po napadzie. Dla złagodzenia bólu przy cystoskopji autor stosuje z powodzeniem 1%-owy azotan Novocainy. W razie konieczności przeprowadzenia dokładniejszego badania różniczkowego kamieni tkwiących w moczowodzie *Einzig* stosuje pyelografję. Jako rentgenowski środek kontrastowy autor wstrzykuje dożylnie organiczny związek jodowy Abrodil, który nie wywołuje żadnych przykrych objawów działania ubocznego (pragnienia, wrażenia gorąca, zawrotów). Zarówno dożylną pyelografję jak i cystoskopję *Einzig* wykonywa również i w praktyce ambulatoryjnej.

Dr. Einzig, Hamburg.
(Dtsch. med. Wschr. 1931, Nr. 23).

W sprawie leczenia nienadających się do operacji raków.

Autor omawia wyniki leczenia błękitem izaminowym 14 chorych rakowatych nienadających się do operacji. Według autora leczenie to, zwłaszcza w połączeniu z naświetlaniami promieniami Rentgena przedstawia niewątpliwy postęp w trudnej dziedzinie terapji raka.

Materjał *Wehika* dotyczył następujących chorych: 2 raki przełyku, 2 raki płuc, 9 raków żołądka i 1 rak wątroby. Na trzech chorych leczenie izaminą żadnego wpływu nie wywarło.

Przypadki raka przełyku reagowały na stosowaną terapję w sposób pomyślny. Jedna pacjentka z dużem utrudnieniem łykania poprawiła się bardzo; bóle przy łykaniu ustąpiły prawie zupełnie, waga zaś chorej zwiększyła się. Po 6 miesiącach chora odzyskała nawet zdolność do pracy. Z pośród przypadków raka żołądka, leczonych błękitem izaminowym i promieniami Rentgena, na uwagę zasługuje pewien bardzo wyniszczony chory z dużem i głębokiem nacieczeniem rakowatem ściany żołądka; otóż stan ogólny tego chorego poprawił się znakomicie, a guz zmniejszył się znacznie. Pomyślnie zareagował również przypadek raka płuc i przypadek raka wątroby; guz wątroby podczas kombinowanego leczenia błękitem izaminowym i Bizmuto-Yatrenem A zmniejszył się wyraźnie.

Dawka błękitu izaminowego na całą kurację wynosiła 2 g. Chorzy znosili zastrzyki bez żadnych dolegliwości i bez objawów ubocznych. Jedynie u kilku bardzo wrażliwych pacjentów występowały czasami wkrótce po zastrzyku lekkie dreszcze. U wszystkich chorych, którzy pomyślnie reagowali na przeprowadzaną kurację, stwierdzono zwiększenie wagi ciała, które, jak to wykazało badanie gospodarki wodnej, nie zależało bynajmniej od zatrzymania wody. Niezwykłym był wpływ izaminy na bóle. Z wyjątkiem 2 chorych (rak płuca z przerzutami do wątroby i rak żołądka z przerzutami do płuc i kości) u wszystkich pacjentów stwierdzono po 3 — 5 zastrzykach zupełne ustąpienie bólów, które początkowo, zwłaszcza u kilku chorych, były bardzo silne.

Na podstawie swych spostrzeżeń *Wehik* dochodzi do wniosku, że u wszystkich chorych rakowatych, u których nie można dokonać zabiegu operacyjnego, wskazanem jest dokonanie próby leczenia błękitem izaminowym (jeśli to możliwe w połączeniu z naświetlaniami promieniami Rentgena). Na uwagę zasługuje również kombinowane leczenie błękitem izaminowym i bizmutem.

Dr. M. Wehik,
II Klin. chor. wewn. w Dorpacie.
(Esti Arst, 1931, Nr. 1).

W sprawie rentgenologji stawu kolanowego.

Dla wypełniania kontrastowego jamy stawu kolanowego *Epstein* stosuje 40%-owy roztwór Abrodilu. Dla uniknięcia bólu na-

leży jednocześnie zastosować znieczulenie miejscowe; chorzy znoszą wówczas ten zabieg bez żadnych dolegliwości. Wstrzykuje się połowę ilości płynu wypuszczonego z jamy stawowej. Zdjęcie należy wykonać natychmiast. W 1 — $1^1/_2$ godz. po wstrzyknięciu Abrodilu nie stwierdzamy na kliszy już żadnych śladów działania kontrastowego.

Dr. J. Epstein,
Szpital Miejski, Bytom,
(Zbl. Chir. 1931, Nr. 40).

O dożylnych wstrzykiwaniach Rivanolu.

Dożylne wstrzykiwania Rivanolu w dawce 150 cm^3 $1^0/_{00}$-owego roztworu okazują bardzo pomyślny wpływ na przebieg chorób septycznych. W Japonji stosuje się dożylnie Rivanol również przy róży i rzeżączce. Wobec tego, że do rozpuszczania Rivanolu nie wolno stosować roztworów soli kuchennej, *Omori* rozpuszczał Rivanol w roztworze glukozy i leczył tym roztworem zapalenia szpiku kostnego, flegmony, ropnie, stany zapalne mięśni, nieżyty cewki moczowej, różę, zapalenia gruczołów chłonnych. Ogółem spostrzeżenia autora dotyczą 30 chorych. 4 — 8 zastrzyków okazywały się przeważnie dostateczne dla osiągnięcia wyleczenia. Objawów działania ubocznego *Omori* nie spostrzegał ani razu. Autor leczył dożylnemi wstrzykiwaniami Rivanolu również 7 przypadków płonicy. Wyniki były nadzwyczaj pomyślne, pomimo że przebieg płonicy w Mandżurji jest o wiele gorszy i złośliwszy niż w Japonji. Do wyleczenia płonicy wystarczało 2 — 6 wstrzykiwań.

Dr. Y. Omori.
Klin. chir. Mantetsu Bujun. Jin, Mandżurja Południowa.
(Tokyo Iji Shinshi, 1931, Nr. 2729).

Od czego zależy trujące działanie alkoholu metylowego?

W ciałku szklistem świeżo zabitych cieląt alkohol metylowy utlenia się na formaldehyd. U królików zatrutych alkoholem metylowym stwierdzono w płynie ocznym i w ciałku szklistem obecność formaldehydu. Stwierdzenie to oraz zgodność zmian anatomo patologicznych przy zatruciu alkoholem metylowym i przy zatruciu formaldehydem dowodzą, że swoiste działanie trujące alkoholu metylowego zależy od utleniania się tego alkoholu w ustroju i powstania w ten sposób formaldehydu.

Prof. dr. E. Keeser,
Zakład Farmakologji Uniwersytetu w Rostocku.
(D. M. W., 1931, Nr. 10)

Leczenie przeciwkiłowe chorych nerkowych dotkniętych kiłą lub podejrzanych o kiłę.

W przypadkach największego natężenia sprawy chorobowej w przebiegu nefrozy przy jednoczesnem współistnieniu zakażenia kiłowego należy przedewszystkiem dążyć do odwodnienia ustroju i usunięcia obrzęków. Swoiste leczenie można przeprowadzać tylko wtedy, jeśli ono jest koniecznie potrzebnem i o ile na to pozwala stan ogólny chorego. Najlepszym środkiem moczopędnym w przypadkach obrzęków nefrotycznych jest mocznik (10 — 20 g pro die).

Jednocześnie można odrazu zastosować Novasurol lub Salyrgan. Wskazanem jest, aby początkowo zbadać wrażliwość na rtęć zapomocą mniej toksycznego Salyrganu, a następnie oba te rtęciowe środki moczopędne stosować naprzemian. Najlepiej zacząć kurację od dożylnego wstrzyknięcia 1 cm^3 Salyrganu. Jeżeli działanie moczopędne po tej dawce nie występuje, to przy braku, oczywiście, objawów toksycznych *Schlayer* wstrzykuje najwcześniej na trzeci dzień 2 cm^3 Salyrganu. Jeżeli po 1 lub 2 pełnych dawkach diureza jednak się nie wzmaga, wówczas należy wypróbować inne sposoby odwadniania, gdyż przy stosowaniu nadal leczenia rtęciowego niebezpieczeństwo zatrucia staje się coraz większe. Działanie przeciwkiłowe Salyrganu można wzmacniać zapomocą stosunkowo wcześnie rozpoczętych wstrzykiwań dożylnych Neosalvarsanu. Ze względu na dużą skłonność obrzękniętej tkanki do wtórnych zakażeń i martwicy *Schlayer* odradza stosowania u takich pacjentów domięśniowych wstrzykiwań Myo-Salvarsanu. Dla zmniejszenia ewent. przykrych skutków wstrzyknięcia Neo-Salvarsanu poza żyłę, autor radzi rozcieńczać daw-

kę nieco większą ilością wody niż zwykle. Szybkie zwiększanie się zawartości białka w moczu po pierwszych wstrzykiwaniach Neosalvarsanu (2 — 3 razy po 0,15 g co 2 — 3 dni) nie ma według *Schlayera* większego znaczenia. Dodatni lub ujemny odczyn Wassermanna nie dowodzi ani nie wyklucza kiłowego pochodzenia nefrozy. Większe znaczenie mają pod tym względem wywiady. Jeżeli wywiady wskazują na przebytą kiłę lub choćby są tylko w tym kierunku podejrzane, wówczas ostrożna kuracja przeciwkiłowa jest bezwzględnie wskazana. Dotyczy to zwłaszcza tych przypadków, w których niema żadnej innej przyczyny, a stwierdza się natomiast współistnienie kiłowych zmian tętnicy głównej lub wiądu rdzenia.

Obecność białkomoczu i nawet 6 — 8 krwinek czerwonych w polu widzenia nie jest przy wydolnych nerkach przeszkodą do przeprowadzenia leczenia przeciwkiłowego; w przypadkach takich *Schlayer* daje początkowo w ciągu 14 dni J i Hg, Neosalvarsan bowiem wywoływał nierzadko haematurję. Jeżeli jednak stwierdza się oznaki niedomogi nerek, wówczas najlepiej podawać jod, a przedewszystkiem Salyrgan, choćby nawet nie było zmniejszenia ilości moczu. *Schlayer* rozpoczyna od stosunkowo małej dawki Salyrganu (1 cm^3) co 3 — 4 dni. Jeżeli pod wpływem tego leczenia i odpowiedniej diety stan się poprawia, wówczas można spróbować ostrożnie stosować rtęć, w większych jednak niż zwykle odstępach czasu lub w mniejszych dawkach. Salvarsan wolno w takich przypadkach wstrzykiwać jedynie wyjątkowo. Jeżeli stan nadal się pogarsza, wówczas kontynuowanie leczenia przeciwkiłowego jest według autora bezcelowe.

Prof. dr. C. R. Schlayer.
Szpital Augusty, Berlin.
(Fortschr. Ther. 1930, Nr. 14).

Vigantol i tran.

Według badań *Stoeltznera* tran okazuje wprawdzie niewątpliwe działanie przeciwkrzywicze, jest ono jednak tak słabe, że dla wyleczenia cięższych postaci krzywicy stanowczo nie wystarcza. Zawartość witaminy przeciwkrzywiczej w tranie jest bardzo zmienna. Naświetlana ergosteryna natomiast jest o wiele skuteczniejsza niż tran. Przedstawia ona lek doskonale oczyszczony i dający się biologicznie dokładnie dawkować. Wykrycie tych cennych własności naświetlanej ergosteryny było wielką zdobyczą naukową o dużem znaczeniu praktycznem. Przy dzisiejszym stanie wiedzy niekorzystanie z Vigantolu i cofnięcie się do tranu przedstawiałoby szkodliwy krok wstecz. Biologiczne standaryzowanie tranu przez dodanie do niego określonej dawki Vigantolu (tran vigantolowy) znacznie wzmaga jego działanie przeciwkrzywicze. Przy właściwem dawkowaniu Vigantolu jest on preparatem zupełnie nieszkodliwym; przy stosowaniu dawek zbyt dużych mogą występować objawy uboczne, zdarzające się zresztą również i przy przedawkowaniu tranu.

Prof. dr. W. Stoeltzner,
Klinika pedjatryczna w Królewcu.
(M. m. Wo. 1931, Nr. 31).

O związku łuszczycy z zakażeniem ogniskowem.

Na VIII Międzynarodowym Zjeździe Dermatologów i Syfilidologów w Kopenhadze *Gundersen* ogłosił wyniki swych spostrzeżeń, na podstawie których uważa łuszczycę za odczyn nadwrażliwości organizmu w stosunku do drobnoustrojów lub toksyn, drażniących ośrodkowy układ nerwowy. Źródłem choroby są ogniska paciorkowców, znajdujące się w spróchniałych zębach lub w migdałkach, skąd czynniki szkodliwe przenikają z łatwością do obiegu krwi.

Dr. Gundersen, Oslo.
(Dermat. Wschr. 1931, Nr. 17).

W sprawie klinicznego badania wydolności wątroby.

Doustne podanie lewulozy wywołuje u chorych, dotkniętych zaburzeniami czynności wątroby, mniejsze lub większe podniesienie się poziomu cukru we krwi. W ciężkich przypadkach zawartość cukru we krwi nawet po 3 godzinach jest jeszcze znacznie większa niż naczczo. U osób ze zdrową wątrobą krzywa cukru we krwi podnosiła się

bardzo nieznacznie. Powyższy sposób badania wydolności wątroby okazał się nadzwyczaj czuły i dawał dodatnie wyniki również i w tych przypadkach, w których inne metody czynnościowe zawodziły.

Dr. F. Peters, dr. E. Heinike i dr. E. de l'Espine.
Klinika wewn. i chirurg. w Würzburgu.
(Zschr. ges. exp. Med. 1931, tom 77).

O leczeniu owsicy Butolanem.

Tamiya stosuje dla usunięcia owsików (oxyuriasis) Butolan, który okazuje się środkiem skutecznym i jednocześnie zupełnie nieszkodliwym nawet dla małych dzieci. Tabletki podawano 3 razy dziennie przez tydzień, razem ze środkiem czyszczącym. Działanie było bardzo dobre, w większości przypadków udawało się osiągnąć wyleczenie; po upływie miesiąca nie można już było znaleźć w kale pasorzytów ani ich jaj. Kurację Butolanem można przeprowadzać z pomyślnym wynikiem również i w domu.

Dr. T. Tamiya,
Klin. chor. wewn. uniw. w Tokio.
(Die Therapie 1930, Nr. 10).

O Luminalu, alkoholu i kofeinie przy padaczce.

Również i u epileptyków, z powodzeniem leczonych Luminalem, należy ściśle przestrzegać zakazu picia alkoholu. Pod wpływem alkoholu napady zwykle występują częściej i są silniejsze. Padaczka odruchowa, która dzięki leczeniu Luminalem i abstynencji alkoholowej przebiegała przez długi czas bez napadów, przeszła natychmiast w okres jawny z napadami, jak tylko chory wznowił picie alkoholu. *Peiser* już od wielu lat podaje przy padaczce oprócz Luminalu również małe dawki kofeiny i uważa na podstawie dużego doświadczenia, że ten kombinowany sposób leczenia okazuje lepszy wpływ na częstość i natężenie napadów. Dorosłym podaje się 0,1 g Luminalu pro die wieczorem z dodatkiem 0,08 — 0,1 g kofeiny; dzieci otrzymują mniej, odpowiednio do wieku. Chociaż pomyślniejszy wpływ na padaczkę połączenia Luminalu z kofeiną nie występuje wyraźnie u wszystkich pacjentów, to jednak u większości chorych, a zwłaszcza u dzieci, różnica była bardzo wyraźna.

Również i nasenne działanie Luminalu przy jednoczesnem podawaniu kofeiny nie występowało prawie zupełnie.

Dr. H. Peiser, Fürth w Bawarji.
(Prakt. Arzt. 1931, Nr. 12)

W jakim roztworze najlepiej wstrzykiwać Neosalvarsan, aby uniknąć objawów działania ubocznego i zakrzepów?

Najlepszym rozpuszczalnikiem Neosalvarsanu jest woda destylowana. Dla uniknięcia jednak ewent. objawów działania ubocznego stosuje się jeszcze inne rozpuszczalniki jak np. roztwór cukru gronowego, roztwory zawierające wapń, roztwory tiosiarczanu sodu. Wszystkie te związki nie usuwają, coprawda, niebezpieczeństwa powstania zakrzepu, lecz bardzo skutecznie przeciwdziałają ujawnianiu się objawów działania ubocznego. Gdyby jednak istniały zastrzeżenia co do stosowania dożylnego (z powodu niebezpieczeństwa zakrzepu), wówczas wchodzą w rachubę domięśniowe wstrzykiwania Myosalvarsanu.

Dr. A. Perutz.
(Aerztl. Prax. 1931, Nr. 5).

Nowe drogi leczenia melancholji.

Wstrzykiwania hematoporfiryny wywołują w doświadczeniach na zwierzętach większe ożywienie i silniejszą pobudliwość. Żadnego działania szkodliwego hematoporfiryna nie wywiera. Opierając się na tem działaniu pobudzającem hematoporfiryny, autor przystąpił do prób leczenia nią chorych, znajdujących się w stanach ciężkiej depresji endogennej. Dotychczasowe spostrzeżenia autora dotyczą 13 chorych. Trzech z pośród nich poprawiło się tak dalece, że można ich było wypisać ze szpitala. Odzyskali oni całkowicie swą poprzednią zdolność do pracy. Ośmiu innych chorych również poprawiło się pod wpływem leczenia hematoporfiryną szybko i w znacznym stopniu. Jedynie stan dwóch pacjentów nie uległ żadnej zmianie. *Hühnerfeld* podawał hematoporfirynę zarówno w zastrzykach jak i w postaci kropel. Dawka początkowa wynosi 1 mg hema-

toporfiryny (wstrzykiwanie domięśniowe); dawkę tę powiększa się codziennie o 1 mg aż do 5—6 mg na dawkę, które się wstrzykuje codziennie lub co drugi dzień. Oprócz tego chorzy otrzymują 2—3 razy dziennie po 10—15 kropel (10 kropel = 2,5—3 mg). Działanie lecznicze ujawnia się przeważnie dopiero po 5-em lub 6-em wstrzyknięciu, wzgl. po 6—8 dniach leczenia doustnego. Początkowo stwierdza się poprawę objawów fizycznych, a następnie również i psychiczną. Poprawa utrzymuje się zwykle przy niewielkich wahaniach lub postępuje jeszcze bardziej. Autor zaleca dalsze dokonywanie prób leczenia melancholji podanym przez niego sposobem.

Dr. J. Hühnerfeld,

Szpital Rochus w Telgte w Westfalji.
(Med. Welt 1931, Nr. 17).

W sprawie zakaźnej etjologji białaczki.

Podobieństwo zmian w narządach krwiotwórczych przy ostrej białaczce i przy leukemicznych odczynach w przebiegu chorób zakaźnych przemawia za uznaniem zakażenia jako przyczyny obu postaci. Odmienne w obu przypadkach zejście sprawy chorobowej zależy od niejednakowej zdolności odczynu tkanki krwiotwórczej. Przy odczynie przeważnie białaczkowym rozwija się nieodwracalny trwały stan leukemji. *Hülse* szczepił białym myszom hodowlę paciorkowców pochodzących od chorego, dotkniętego ostrą białaczką myeloblastyczną i wywoływał u tych myszy typowy odczyn myeloblastyczno-białaczkowy; opierając się na tych dodatnich wynikach przenoszenia białaczki za pośrednictwem drobnoustrojów, autor wypowiada swój pogląd, że przyczyną ostrej białaczki jest zakażenie. Nowotworzenie się tkanki białaczkowej rozwijało się z odczynowego bujania komórek ściany naczyniowej, przyczem jednym z pierwszych objawów była bardzo duża monocytoza. Charakterystyczna niewielka zdolność rozwojowa bujających komórek oraz gotowość odczynowa tkanki łącznej układu naczyniowego zależą, prawdopodobnie, od swoistego zarazka chorobotwórczego lub od szczególnych własności toksyn. Na podstawie pewnych objawów (zwiększenie się komórek eozynochłonnych, częste występowanie swędzenia skóry, rzadziej objawy o typie pokrzywki) można sądzić, że przy powstawaniu „odczynu leukemicznego" odgrywa rolę pewne swoiste allergiczne powinowactwo jadu do tkanki krwiotwórczej.

Prof. dr. W. Hülse.

Klin. chor. wewn. uniw. w Halle.
(D. Arch. kl. Med. 1931, tom 170).

O kontrastowem wypełnianiu przetok Abrodilem.

Wypełnianie kontrastowe przetok nie dawało dotychczas zadowalających wyników. Dopiero zastosowanie Abrodilu umożliwiło otrzymywanie wyraźnych zdjęć rentgenowskich. Dla uwidocznienia przetok wstrzykuje się roztwór Abrodilu pod ciśnieniem do ujścia przetoki lub też wprowadza się go zapomocą odpowiedniego cewnika. Następnie otwór zatyka się tamponem z mastisolu. Abrodil w przeciwieństwie do innych preparatów jodowych wsysa się bardzo szybko i już po niedługim czasie wydziela się z ustroju. Przy poszukiwaniu potrzebnego stężenia okazało się, że dopiero 60%-owy roztwór Abrodilu daje dostatecznie nasycony cień. Zarówno dzieci jak i dorośli doskonale znosili wprowadzanie tego roztworu do przetok. Największa zastosowana ilość wynosiła 20 cm³ 60%-owego roztworu.

Dr. C. Friedlaender,

Szpital Św. Anny. Hanower-Kleefeld,
(Zbl. f. Chir. 1931, Nr. 13)

O wpływie kwasu garbnikowego, pochodzącego z korka, na odczyn Wassermanna.

Według *Plauta* przy przesyłaniu krwi lub płynu mózgowo-rdzeniowego w próbówkach zamkniętych korkiem, znajdujący się w korku kwas garbnikowy może przeniknąć do krwi i przyczynić się do wystąpienia pozornie dodatniego (słabo) odczynu Wassermanna, pomimo braku zakażenia kiłowego. Również i inne odczyny (określanie białka, próby koloidalne) zmieniają się w obecności taniny.

Prof. dr. F. Plaut.

(M. m. Wo. 1931, Nr. 27).

O leczeniu trypaflaviną rzeżączki i bakterjomoczu gronkowcowego.

Veress i *Goldberg* uważają, że w przypadkach świeżej rzeżączki można zapomocą Trypaflaviny osiągnąć poronne wyleczenie. Udaje się to nawet w tych przypadkach, w których wyciek trwa już od 24—36 godzin. Leczenie polega na tem, że przednią część cewki moczowej przepłókuje się metodą Janeta 300—400 cm^3 ciepłego roztworu Trypaflaviny (1 : 3000). Następnie wkrapla się $^1/_4$%-owy roztwór Trypaflaviny i pozostawia go w cewce w ciągu 3—5 minut. Mocniejszy ten roztwór można zastosować jeszcze 1—2 razy po $^1/_2$ minuty. Z przytoczonych 13 historyj chorób wynika, że powyższy sposób leczenia miejscowego okazuje się nadzwyczaj skuteczny. We wszystkich przypadkach stwierdzono przed leczeniem obecność gonokoków. Jeżeli miejscowe stosowanie wywołuje objawy podrażnienia cewki, wówczas można podawać roztwór 1 : 5000, dla dłużej trwających wstrzykiwań $^1/_{10}$—$^1/_{20}$%. Trypaflavina nadaje się również i dla stosowania zapobiegawczego; stosuje się w tym celu $^1/_5$%-owy roztwór (u kobiet 1‰). Trypaflavinę można wstrzykiwać, oczywiście, również i dożylnie. *Veress* i *Goldberger* wstrzykują 2—3 razy na tydzień 5—10 cm^3 $^1/_2$—2%-owego roztworu. Również i w przypadkach gronkowcowego bakterjomoczu dożylne wstrzykiwania 0,2 g Trypaflaviny doprowadzały do wyjaśnienia mętnego poprzednio moczu.

Prof. dr. F. Veress i dr E. Goldberger, Cluj.

ZJAZDY:

9—12 maja 1932 r. Międzynarodowa konferencja syfilidologów w Paryżu.

10—15 maja 1932 r. Royal Institute of Public Health.

19—24 maja 1932 r. Obrady Międzynarodowej Ligi dla badania reumatyzmu w Rzymie.

23/V—11/VI 1932 r. Kurs lecznictwa jamy ustnej w Berlinie.

9—16 lipca 1932 r. Royal Sanitary Institute, Brighton.

26—30 lipca 1932 r. Stuletnia rocznica istnienia Britisch Medical Associaton, Londyn.

15—19 sierpnia 1932 r. Międzynarodowy Kongres dla badania światła w Kopenhadze.

24—31 sierpnia 1932 r. IV Międzynarodowy kongres poświęcony sprawom dziedziczności w Ithaka, New-York.

6—9 września 1932 r. Kongres Międzynarodowej Unji zwalczania gruźlicy w Hadze.

19—22 września 1932 r. Międzynarodowy Kongres w sprawach chorób żółciowych w Vichy.

27—30 września 1932 r. II Międzynarodowy Kongres poświęcony chorobom gardła, nosa i ust w Madrycie.

7—14 października 1932 r. II Międzynarodowy kongres w sprawie zwalczania plagi szczurzej i dżumy w Paryżu.

4—10/IX 1932 r. Kurs terapji gruźlicy w Scheilegg.

ZMARLI:

Dr. med. Lesław Gluziński, wybitny lekarz internista, zmarł we Lwowie.

Dr. med. Arkadjusz Puławski, b. lekarz naczelny Szp. Dz. Jezus w Warszawie.

Dr. Jan Bączkiewicz, znany pedjatra w Warszawie.

Redaktor
Mr. Tadeusz Haładewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej", Warszawa, ul. Długa Nr. 20.